






















Schlafstagebuch

Alle Erinnerungen an den Schlaf und das, was während und vor und nach dem Schlaf passiert, sind wenig reproduzierbar. So können wir uns schon nach kurzer Zeit nicht mehr an unsere Träume erinnern. Auch Schlafstörungen oder kurze Wach-Phasen während der Nacht sind oft nur noch am Folgetag zu erinnern. Damit die Diagnose einer Schlafstörung fundiert gelingen kann, ist es daher erforderlich, sehr genau zu betrachten, wie der Schlaf gewesen ist.

Dafür ist das Schlafstagebuch gedacht.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, machen Sie einen Strich. Je sorgfältiger Sie die Auswertung durchführen, umso besser. Ganz wichtig ist es, dass Sie Tage, an denen Sie Eintragungen vergessen haben, nicht aus dem Gedächtnis nachtragen! Wenn so etwas passiert, ist es besser, einfach diesen Tag zu streichen. Und nun viel Spaß beim Ausfüllen.

Schlafstagebuch - Morgenprotokoll

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Eingeschlafen nach... (ca.)							
Aufgewacht während der Nacht...	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufgestanden um...	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr
Befindlichkeit beim Aufstehen	  	  	  	  	  	  	  
Schlaf war insgesamt...	↑ → ↓	↑ → ↓	↑ → ↓	↑ → ↓	↑ → ↓	↑ → ↓	↑ → ↓

Abendprotokoll

Aufregendes/ Belastendes Erlebnis gehabt?							
Mittagsschlaf gehalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafmedikation genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorm Schlafen Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ins Bett gegangen um...	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr	_____ Uhr