

Schlafstagebuch

Abend- und Morgentagebuch für 4 Wochen



Hinweise zum Ausfüllen

Wir möchten Sie bitten, dieses SCHLAFTAGEBUCH, bestehend aus Abend- und Morgenprotokollen, regelmäßig, vollständig und sorgfältig zu bearbeiten. Nur so können wir die darin enthaltenen Informationen zu Ihrem Nutzen verwerten.

Es gibt keine bessere Methode, sich ein umfassendes Bild von Ihren Schlafgewohnheiten und/oder -störungen zu machen, als über längere Zeiträume hinweg gründlich Buch zu führen; so können auch komplizierte Zusammenhänge erkannt werden. Nehmen Sie diese Aufgabe bitte sehr ernst.

Bitte nehmen Sie sich unmittelbar vor dem abendlichen Lichtlöschen und unmittelbar nach dem morgendlichen Aufstehen jeweils etwa fünf Minuten Zeit, um das Protokoll zu bearbeiten. Mit Ausnahme der abendlichen Zu-Bett-Gehzeit sowie des morgendlichen Aufwachens und Aufstehens (Uhrzeit) sind wir lediglich an der subjektiven Einschätzung von Zeiträumen interessiert, also an der jeweiligen Einschätzung der nächtlichen Gesamtschlafzeit in Stunden und Minuten. Dazu benötigen Sie keine Uhr am Bett.

Bevor Sie heute Abend vor dem Lichtlöschen mit dem Ausfüllen des Abendprotokolls beginnen, stellen wir Ihnen vorab noch einige wesentliche Fragen zu Ihrem Problem und Ihrer Person.

IHRE DATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Anzahl weiterer Haushaltsangehöriger _____

davon Kinder _____

UNSERE FRAGEN

Haben Sie Problem beim Ein- oder Durchschlafen?

J N

Haben Sie Problem tagsüber wach zu bleiben?

J N

Wie häufig treten die Schlafprobleme pro Woche auf?

ca. ____x

Welche anderen Schlafprobleme haben Sie?

Leiden Sie unter Erkrankungen, die in unserer Praxis noch nicht thematisiert wurden?

Welche Medikamente nehmen Sie ein zusätzlich zu den uns bekannten (auch freiverkäufliche und „Nahrungsergänzungsmittel“)?

Schlaftagebuch Woche 1

Abendprotokoll (vor dem Lichtlöschen)

Wochentag	Wie fühlen sie sich jetzt?	Wie war Ihre durchschnittliche Leistungsfähigkeit?	Haben Sie sich heute müde und erschöpft gefühlt?	Haben Sie heute tagsüber geschlafen?	Haben Sie in den letzten 4 Std. Genussmittel zu sich genommen?	Wann sind Sie ins Bett gegangen?
	1 = angespannt 2 = ziemlich angespannt 3 = eher angespannt 4 = eher entspannt 5 = ziemlich entspannt 6 = entspannt	1 = gut 2 = ziemlich gut 3 = eher gut 4 = eher schlecht 5 = ziemlich schlecht 6 = schlecht	0 = nein 2 = ein wenig 3 = ziemlich 4 = sehr	Wenn ja: Wie lange? Wie oft? Wann?	Was? (Kaffee, Cola, Alkohol, Zigaretten, etc.) Wie viel?	Uhrzeit
Mo	4	5	4	25 min 1 Mal, 15:00 - 15:25 h	Bier 0,33 l	22:45

Beispiel

gab es besondere Ereignisse oder Belastungen in dieser Woche?

Morgenprotokoll (nach dem Aufstehen)

Wochentag	Wie fühlen sie sich jetzt?	Wie erholsam war Ihr Schlaf?	Wie lange waren Sie im Bett, bevor Sie das Licht löschten?	Waren Sie nachts wach?	Wann sind Sie endgültig aufgewacht?	Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen?	Wann sind Sie heute morgen endgültig aufgestanden?
	1 = bedrückt 2 = ziemlich bedrückt 3 = eher bedrückt 4 = eher unbeschwert 5 = ziemlich unbeschwert 6 = unbeschwert	1 = sehr 2 = ziemlich 3 = mittel-mäßig 4 = kaum 5 = gar nicht	Angabe in Minuten	Wenn ja: Wie oft? Wie lange insgesamt in Minuten	Uhrzeit	ca. Stunden / Minuten	Uhrzeit
Di	4	3	30 min	2x 30 min	6:20	6 h 30 min	6:45

Haben Sie ausser der von uns verordneten Dauermedikation andere Präparate eingenommen?

Präparat, Dosis, Uhrzeit Präparat, Dosis, Uhrzeit Präparat, Dosis, Uhrzeit

Schlaftagebuch Woche 2

Abendprotokoll (vor dem Lichtlöschen)

Wochentag	Wie fühlen sie sich jetzt?	Wie war Ihre durchschnittliche Leistungsfähigkeit?	Haben Sie sich heute müde und erschöpft gefühlt?	Haben Sie heute tagsüber geschlafen?	Haben Sie in den letzten 4 Std. Genussmittel zu sich genommen?	Wann sind Sie ins Bett gegangen?
	1 = angespannt 2 = ziemlich angespannt 3 = eher angespannt 4 = eher entspannt 5 = ziemlich entspannt 6 = entspannt	1 = gut 2 = ziemlich gut 3 = eher gut 4 = eher schlecht 5 = ziemlich schlecht 6 = schlecht	0 = nein 2 = ein wenig 3 = ziemlich 4 = sehr	Wenn ja: Wie lange? Wie oft? Wann?	Was? (Kaffee, Cola, Alkohol, Zigaretten, etc.) Wie viel?	Uhrzeit

Morgenprotokoll (nach dem Aufstehen)

Wochentag	Wie fühlen sie sich jetzt?	Wie erholsam war Ihr Schlaf?	Wie lange waren Sie im Bett, bevor Sie das Licht löschten?	Waren Sie nachts wach?	Wann sind Sie endgültig aufgewacht?	Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen?	Wann sind Sie heute morgen endgültig aufgestanden?
	1 = bedrückt 2 = ziemlich bedrückt 3 = eher bedrückt 4 = eher unbeschwert 5 = ziemlich unbeschwert 6 = unbeschwert	1 = sehr 2 = ziemlich 3 = mittelmäßig 4 = kaum 5 = gar nicht	Angabe in Minuten	Wenn ja: Wie oft? Wie lange insgesamt in Minuten	Uhrzeit	ca. Stunden / Minuten	Uhrzeit

Gab es besondere Ereignisse oder Belastungen in dieser Woche?

Haben Sie ausser der von uns verordneten Dauermedikation andere Präparate eingenommen?

 Präparat, Dosis, Uhrzeit

 Präparat, Dosis, Uhrzeit

 Präparat, Dosis, Uhrzeit

Schlaftagebuch Woche 3

Abendprotokoll (vor dem Lichtlöschen)

Wochentag	Wie fühlen sie sich jetzt?	Wie war Ihre durchschnittliche Leistungsfähigkeit?	Haben Sie sich heute müde und erschöpft gefühlt?	Haben Sie heute tagsüber geschlafen?	Haben Sie in den letzten 4 Std. Genussmittel zu sich genommen?	Wann sind Sie ins Bett gegangen?
	1 = angespannt 2 = ziemlich angespannt 3 = eher angespannt 4 = eher entspannt 5 = ziemlich entspannt 6 = entspannt	1 = gut 2 = ziemlich gut 3 = eher gut 4 = eher schlecht 5 = ziemlich schlecht 6 = schlecht	0 = nein 2 = ein wenig 3 = ziemlich 4 = sehr	Wenn ja: Wie lange? Wie oft? Wann?	Was? (Kaffee, Cola, Alkohol, Zigaretten, etc.) Wie viel?	Uhrzeit

Morgenprotokoll (nach dem Aufstehen)

Wochentag	Wie fühlen sie sich jetzt?	Wie erholsam war Ihr Schlaf?	Wie lange waren Sie im Bett, bevor Sie das Licht löschten?	Waren Sie nachts wach?	Wann sind Sie endgültig aufgewacht?	Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen?	Wann sind Sie heute morgen endgültig aufgestanden?
	1 = bedrückt 2 = ziemlich bedrückt 3 = eher bedrückt 4 = eher unbeschwert 5 = ziemlich unbeschwert 6 = unbeschwert	1 = sehr 2 = ziemlich 3 = mittelmäßig 4 = kaum 5 = gar nicht	Angabe in Minuten	Wenn ja: Wie oft? Wie lange insgesamt in Minuten	Uhrzeit	ca. Stunden / Minuten	Uhrzeit

Gab es besondere Ereignisse oder Belastungen in dieser Woche?

Haben Sie ausser der von uns verordneten Dauermedikation andere Präparate eingenommen?

 Präparat, Dosis, Uhrzeit

 Präparat, Dosis, Uhrzeit

 Präparat, Dosis, Uhrzeit

Schlaftagebuch Woche 4

Abendprotokoll (vor dem Lichtlöschen)

Wochentag	Wie fühlen sie sich jetzt?	Wie war Ihre durchschnittliche Leistungsfähigkeit?	Haben Sie sich heute müde und erschöpft gefühlt?	Haben Sie heute tagsüber geschlafen?	Haben Sie in den letzten 4 Std. Genussmittel zu sich genommen?	Wann sind Sie ins Bett gegangen?
	1 = angespannt 2 = ziemlich angespannt 3 = eher angespannt 4 = eher entspannt 5 = ziemlich entspannt 6 = entspannt	1 = gut 2 = ziemlich gut 3 = eher gut 4 = eher schlecht 5 = ziemlich schlecht 6 = schlecht	0 = nein 2 = ein wenig 3 = ziemlich 4 = sehr	Wenn ja: Wie lange? Wie oft? Wann?	Was? (Kaffee, Cola, Alkohol, Zigaretten, etc.) Wie viel?	Uhrzeit

Morgenprotokoll (nach dem Aufstehen)

Wochentag	Wie fühlen sie sich jetzt?	Wie erholsam war Ihr Schlaf?	Wie lange waren Sie im Bett, bevor Sie das Licht löschten?	Waren Sie nachts wach?	Wann sind Sie endgültig aufgewacht?	Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen?	Wann sind Sie heute morgen endgültig aufgestanden?
	1 = bedrückt 2 = ziemlich bedrückt 3 = eher bedrückt 4 = eher unbeschwert 5 = ziemlich unbeschwert 6 = unbeschwert	1 = sehr 2 = ziemlich 3 = mittelmäßig 4 = kaum 5 = gar nicht	Angabe in Minuten	Wenn ja: Wie oft? Wie lange insgesamt in Minuten	Uhrzeit	ca. Stunden / Minuten	Uhrzeit

Gab es besondere Ereignisse oder Belastungen in dieser Woche?

Haben Sie ausser der von uns verordneten Dauermedikation andere Präparate eingenommen?

 Präparat, Dosis, Uhrzeit

 Präparat, Dosis, Uhrzeit

 Präparat, Dosis, Uhrzeit