

Morgenprotokoll (bitte morgens nach dem Aufstehen ausfüllen)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	___-___-___	___-___-___	___-___-___	___-___-___	___-___-___	___-___-___	___-___-___
Schlafqualität 1 = sehr gut 6 = sehr schlecht	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0
Gefühl des Erholtseins 1 = sehr gut 6 = sehr schlecht	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0
Licht gelöscht (Uhrzeit)	____:____	____:____	____:____	____:____	____:____	____:____	____:____
Schätzung der Einschlafdauer (min)	_____ min	_____ min	_____ min	_____ min	_____ min	_____ min	_____ min
Aufgewacht (wenn ja, wie oft ca.)	_____ mal	_____ mal	_____ mal	_____ mal	_____ mal	_____ mal	_____ mal
Dauer der Wachliegezeit 1 = sehr kurz 6 = sehr lang	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0
Wann sind Sie morgens aufgestanden ? (Uhrzeit)	____:____	____:____	____:____	____:____	____:____	____:____	____:____
Wie lange habe Sie ca. geschlafen? (Stunden)	_____ Std.	_____ Std.	_____ Std.	_____ Std.	_____ Std.	_____ Std.	_____ Std.
Schlafmitteleinnahme (welches? Dosis)	Name: Dosis:	Name: Dosis:	Name: Dosis:	Name: Dosis:	Name: Dosis:	Name: Dosis:	Name: Dosis:

Abendprotokoll (bitte abends vor dem zu Bett gehen ausfüllen)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum	____	____	____	____	____	____	____
Tagesmüdigkeit 1 = keine Müdigkeit 6 = starke Müdigkeit	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0
Konzentration 1 = sehr konzentriert 6 = sehr unkonzentriert	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0
Stimmung 1 = sehr gute Stimmung 6 = sehr schlechte Stimmung	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0	1 6 0 0 0 0 0 0
Schlaf am Tag Wie oft? Wann?	Ja o nein o ____ mal __:__ Uhr __:__ Uhr	Ja o nein o ____ mal __:__ Uhr __:__ Uhr	Ja o nein o ____ mal __:__ Uhr __:__ Uhr	Ja o nein o ____ mal __:__ Uhr __:__ Uhr	Ja o nein o ____ mal __:__ Uhr __:__ Uhr	Ja o nein o ____ mal __:__ Uhr __:__ Uhr	Ja o nein o ____ mal __:__ Uhr __:__ Uhr
Koffeinhaltige Getränke ⇒ Alkohol ⇒	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter
	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter	Was?: _____ _____ Liter
Körperliche Aktivitäten Was? Wann?	Ja o nein o _____ __:__ Uhr	Ja o nein o _____ __:__ Uhr	Ja o nein o _____ __:__ Uhr	Ja o nein o _____ __:__ Uhr	Ja o nein o _____ __:__ Uhr	Ja o nein o _____ __:__ Uhr	Ja o nein o _____ __:__ Uhr
War etwas Besonderes? (Streß, Ärger, Streit, Kopfschmerzen, Krankheit, Freude)	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____