Schütz Deinen Kopf!

Schlaftagebuch

Fragen am Abend, vor dem zu Bett gehen (Verwenden Sie eine Skala von 0 bis 10)

I. Heute habe ich mich... 0 = überhaupt nicht müde gefühlt ... 10 = mich extrem müde gefühlt

II. Heute habe ich ... 0 = überhaupt nicht erreichen können ... 10 = den Tag unbegrenzt nutzen können

Fragen am Morgen, nach dem Aufstehen

1. Gestern habe ich von ___ bis ___ ein „Nickerchen“ gemacht (schreiben Sie alle Zeiten auf), haben Sie dabei tief und fest geschlafen (JA/NEIN)?
2. Ich habe gestern ___ mg Medikamente und/oder ___ Alkohol als Einschlafhilfe eingenommen
3. Ich bin gestern Abend um ___:___Uhr zu Bett gegangen und habe um ___:___Uhr das Licht ausgemacht
4. Nach dem Licht ausschalten bin ich ca. nach ____ Minuten eingeschlafen
5. Ich bin gestern Nacht ____ mal aufgewacht
6. Jedesmal wurde mein Schlaf dabei für ____ Minuten unterbrochen
7. Ich bin letzte Nacht ____ mal aufgestanden
8. Ich bin heute Morgen zuletzt um ___:___Uhr aufgewacht
9. Heute Morgen bin um ___:___Uhr aus dem Bett aufgestanden

Frage	Montag Dat: __/__/____	Dienstag Dat: __/__/____	Mittwoch Dat: __/__/____	Donnerstag Dat: __/__/____	Freitag Dat: __/__/____	Samstag Dat: __/__/____	Sonntag Dat: __/__/____
I							
II							
1	___:___ ☐JA ___:___ ☐ NEIN	___:___ ☐JA ___:___ ☐ NEIN	___:___ ☐JA ___:___ ☐ NEIN	___:___ ☐JA ___:___ ☐ NEIN	___:___ ☐JA ___:___ ☐ NEIN	___:___ ☐JA ___:___ ☐ NEIN	___:___ ☐JA ___:___ ☐ NEIN
2	___mg; ____ml	___mg; ____ml	___mg; ____ml	___mg; ____ml	___mg; ____ml	___mg; ____ml	___mg; ____ml
3	___:___ zu Bett ___:___Licht aus	___:___ zu Bett ___:___Licht aus	___:___ zu Bett ___:___Licht aus	___:___ zu Bett ___:___Licht aus	___:___ zu Bett ___:___Licht aus	___:___ zu Bett ___:___Licht aus	___:___ zu Bett ___:___Licht aus
4	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten
5	___ mal	___ mal	___ mal	___ mal	___ mal	___ mal	___ mal
6	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten	___ Minuten
7	___ mal	___ mal	___ mal	___ mal	___ mal	___ mal	___ mal
8	___:___Aufwachen	___:___Aufwachen	___:___Aufwachen	___:___Aufwachen	___:___Aufwachen	___:___Aufwachen	___:___Aufwachen
9	___:___Aufstehen	___:___Aufstehen	___:___Aufstehen	___:___Aufstehen	___:___Aufstehen	___:___Aufstehen	___:___Aufstehen
Zeit im Bett (TIB)	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten
Schlafdauer (SIB)	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten
Effizienz (SIB/TIB)	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
TIB - SIB	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten