MEIN SCHLAFTAGEBUCH

Bitte verwenden Sie dieses Schlaftagebuch regelmäßig laut unten genannter Anleitung. Außerdem vermerken Sie bitte, ob bzw. welche Medikamente Sie eingenommen haben. Das Schlaftagebuch basiert auf der Standardversion der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin

Name: Größe:

Alter: Gewicht:

Medikamente:

Name	Dosierung	Wie oft wird es eingenommen?

Weitere Erkrankungen oder Anmerkungen:

WIE FÜLLE ICH DAS SCHLAFTAGEBUCH AUS?

Auf die Regelmäßigkeit kommt es an: Bitte füllen Sie das Schlafprotokoll regelmäßig aus, indem Sie das Morgenprotokoll unmittelbar nach dem Aufstehen und das Abendprotokoll unmittelbar vor dem Lichtlöschen bearbeiten. Die dadurch gewonnenen Informationen können Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin dabei helfen, sich ein Bild Ihres Schlafs zu machen. Dies ist allerdings nur durch ein lückenloses Protokoll möglich.
Hinweis: Sie können sich am Beispiel in der ersten Zeile orientieren, wenn Sie bei einer Spalte verunsichert sein sollten über die Antwortmöglichkeiten.

ABENDPROTOKOLL VOR DEM LICHTLÖSCHEN

Name: _____

APOTHEKEN Umschau

Datum oder Wochentag	Wie fühlen Sie sich jetzt? 1 = angespannt 2 = ziemlich angespannt 3 = eher angespannt 4 = eher entspannt 5 = ziemlich entspannt 6 = entspannt	Wie war heute Ihre durchschnittliche Leistungsfähigkeit? 1 = gut 2 = ziemlich gut 3 = eher gut 4 = eher schlecht 5 = ziemlich	Haben Sie sich heute erschöpft gefühlt? 0 = nein 1 = ein wenig 2 = ziemlich 3 = sehr	Haben Sie heute tagsüber geschlafen? Wie lange? Wann? Dauer, Uhrzeit	Haben Sie in den letzten 4 Stunden Alkohol zu sich genommen? Was? Wieviel?	Wann sind Sie zu Bett gegangen? Uhrzeit
Beispiel: Mo	4	3	1	20 min. 14:30 - 14:50	0,2l Wein	22:30

MORGENPROTOKOLL NACH DEM AUFSTEHEN

Name: _____

APOTHEKEN Umschau

Datum oder Wochentag	Wie erholsam war Ihr Schlaf? 1 = sehr 2 = ziemlich 3 = mittelmäßig 4 = kaum 5 = gar nicht	Wie fühlen Sie sich jetzt? 1 = bedrückt 2 = ziemlich bedrückt 3 = eher bedrückt 4 = eher unbeschwert 5 = ziemlich unbeschwert 6 = unbeschwert	Wie lange hat es nach dem Lichtlöschen gedauert bis Sie einschliefen? Minuten	Waren Sie nachts wach? Wie oft? Wie lange insgesamt? Minuten	Wann sind Sie endgültig aufgewacht? Uhrzeit?	Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen? Stunden und Minuten	Wann sind Sie endgültig aufgestanden? Uhrzeit	Haben Sie seit gestern abend Medikamente zum Schlafen eingenommen? Präparat, Dosis, Uhrzeit
Beispiel: Mo	4	3	40 Min.	1x, 30 Min.	06:30	6 std. 50 Min.	07:15	Medikament 1 Tabl., 21:00