

Schlafstagebuch (Seite 83-86)

Füllen Sie diese Spalten morgens aus	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Wochentag (Mo, Di usw.)							
1. Gestern bin ich ins Bett gegangen um (Uhrzeit)							
2. Heute Morgen bin ich aufgewacht um (Uhrzeit)							
3. Ich bin aufgestanden um (Uhrzeit).							
4. Ich fühlte mich a) erholt, b) etwas erholt, c) müde, d) erschöpft							
5. Ich habe xx Stunden und xx Minuten geschlafen (z. B. 6 h 35 min)							
6. Gestern Abend bin ich nach xx Minuten eingeschlafen. a) problemlos, b) nur mit Mühe							
7. In der Stunde vor dem Schlafengehen tat ich Folgendes (bitte auflisten: fernsehen, lesen, ein Bad nehmen, soziale Netzwerke, Internet, arbeiten usw.)							
8. In der Nacht bin ich xx Mal aufgewacht und war xx Minuten wach.							
9. Mich hat Folgendes aufgeweckt (sowohl interne als auch externe Faktoren auflisten, wie Träume, Gedanken, Harn-drang, Schmerzen, Hundebellen, Lärm, Temperatur, Atemprobleme, Husten/Schnarchen usw.)							

Schlafstagebuch (Seite 83-86)

Abends ausfüllen	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
10. Ich habe heute Sport getrieben xx Minuten							
11. Ich habe Sport getrieben um (Uhrzeit)							
12. Ich habe xx koffeinhaltige Getränke zu mir genommen.							
13. Ich habe koffeinhaltige Getränke zu mir genommen um (Uhrzeit)							
14. Ich habe xx Einheiten Alkohol* zu mir genommen.							
15. Ich habe xx Minuten geschlafen um (Uhrzeit)							
16. Ich habe mich a) wach, b) müde, c) schläfrig gefühlt. Bitte jeweils für Vormittag, Nachmittag und Abend antworten.	V: N: A:						
17. Meine Stimmung war: sehr schlecht (0) bis hervorragend (5)							
18. Während des Tages ... (Bitte mit Ja oder Nein antworten)							
a) hatte ich Konzentrationsschwierigkeiten.							

Schlafstagebuch (Seite 83-86)

Abends ausfüllen	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
b) ... fiel es mir schwer, Ablenkungen auszu-blenden.							
c) ... fiel es mir schwer, längere Zeit aufmerksam zu sein.							
d) ... hatte ich Probleme, mich an bestimmte Sachen zu erinnern.							
e) ... hatte ich Probleme, neue Informationen auf-zunehmen.							
f) ... war ich gereizt.							
19. Ich nahm folgende Medikamente:							
20. Ich habe zu Abend gegessen um (Uhrzeit).							
21. Ich habe mein letztes koffeinhaltiges Getränk zu mir genommen um (Uhrzeit)							
22. Ich habe mein letztes alkoholhaltiges Getränk zu mir genommen um (Uhrzeit).							

Schlafstörungen (Seite 94)

Schlafstörungen	Diese Woche basierend auf Ihrem Schlaftagebuch			Im letzten Monat	Punkte
	Nicht in dieser Woche	1 oder 2 Mal	3 Mal oder häufiger		
Ich konnte nicht schlafen, weil:				Weniger als 1 Mal pro Woche	
Gesamtpunktzahl					

Ziele für ein gesundes Gehirn: Schlaf (Seite 121)

	Gesund	Eingreifen erforderlich	Priorität*
Anzahl an Stunden Schlaf pro Nacht			
Regelmäßiges Schlafmuster			
Zu Bett gehen – ich bekomme ausreichend Non-REM-Schlaf			
Aufstehen – ich bekomme ausreichend REM-Schlaf			
Tägliche körperliche Aktivität			
Tägliche Lichtexposition			
Abendliches Entspannungsritual			
Gebrauch elektronischer Geräte			
Schlafzimmer: Umgebung			
Koffeinkonsum			
Nikotinkonsum			
Alkoholkonsum			
Essenzeit – nächtliches Essen			
Andere			

Aktionsplan: Schlaf (Seite 122)

Aktion	Reihenfolge	Schritte	Kurzfristig	Langfristig

Persönliches Profil: Schlaf (Seite 123)

Aspekt	Gesund	Grenzwertig	Ungesund	Stärke	Risiko	Beibehalten	Verbessern	Eingreifen	Priorität
Dauer									
Zeitplan									
Qualität									
Störungen									
Hindernisse									
Insgesamt									