ABEND-MORGENPROTOKOLLE FÜR 2 WOCHEN:

(S. Liendl und R.M. Hoffmann, 1999; Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin)

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.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben von uns vertraulich behandelt!

Haben Sie Probleme mit dem Ein- oder Durchschlafen ?

Haben Sie Probleme tagsüber wach zu bleiben ?

Welche anderen Schlafprobleme haben Sie ?

Wie häufig treten Ihre Schlafstörungen innerhalb einer Woche auf ? **ca.** **Mal**

Seit wann bestehen Ihre Schlafschwierigkeiten ? **Monate** **Jahre**

Unter welchen anderen Erkrankungen leiden Sie ?

Welche Medikamente nehmen Sie gegenwärtig ?

Ausbildung und ausgeübter Beruf:

Größe: **cm** **Gewicht:** **kg** **Geburtsdatum:**

Anzahl weiterer Haushaltsmitglieder: **Davon sind Kinder:**

Name, Vorname **Heutiges Datum:**

Abend-Morgenprotokolle *für 2 Wochen*

Abendprotokoll (vor dem Lichtlöschen)

WOCHENTAG	Wie fühlen Sie sich jetzt?	Wie war heute Ihre durchschnittliche Leistungs-fähigkeit?	Haben Sie sich heute erschöpft gefühlt?	Haben Sie heute tagsüber geschlafen?	Haben Sie in den letzten 4 Stunden Alkohol zu sich genommen?	Wann sind Sie zu Bett ge-gangen?
	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 1 = ein wenig 2 = ziemlich 3 = sehr	Wie lange? Wann?	Was? Wieviel?	Uhrzeit!
Beispiel	Beispiel	Beispiel	Beispiel	Beispiel	Beispiel	Beispiel
Mo	**4**	**3**	**1**	**20 Min. 14:30-14:50**	**0,2l Wein**	**22:30**

Morgenprotokoll (nach dem Aufstehen)

NÄCHSTER MORGEN	Wie erholsam war ihr Schlaf?	Wie fühlen Sie sich jetzt?	Wie lange hat es nach dem Licht löschen gedauert bis Sie ein-schliefen?	Waren Sie nachts wach?	Wann sind Sie end-gültig auf-gewacht?	Wie lange haben Sie insgesamt geschla-fen?	Wann sind Sie end-gültig aufge-standen?	Haben Sie seit gestern abend Medikamente zum Schlafen eingenommen?
	1 = sehr 2 = ziemlich 3 = mittel-mäßig 4 = kaum 5 = gar nicht	1 = bedrückt 2 = ziemlich bedrückt 3 = eher bedrückt 4 = eher unbeschwert 5 = ziemlich unbeschwert 6 = unbeschwert	Minuten!	Wie oft? Wie lange insgesammt? Minuten!	Uhrzeit!	Stunden und Minuten!	Uhrzeit!	Präparat, Dosis, Uhrzeit!
	Beispiel	Beispiel	Beispiel	Beispiel	Beispiel	Beispiel	Beispiel	Beispiel
	3	**4**	**40Min.**	**1x, 30Min.**	**06:30**	**6Std. 50 Min.**	**07:15**	**Ximovab,1Tabl,21:00**