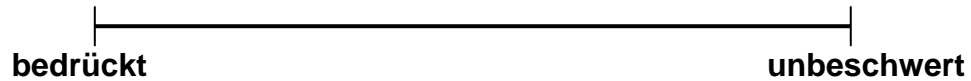


Tag: \_\_\_\_\_

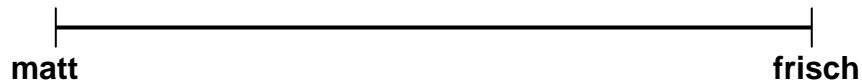
Datum: \_\_\_\_\_

## Abendprotokoll

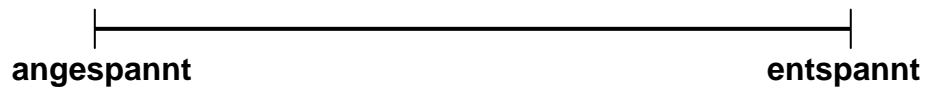
**Wie fühlen Sie sich jetzt?**



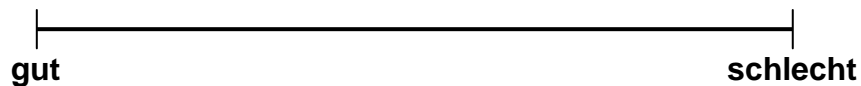
**Wie fühlen Sie sich jetzt?**



**Wie fühlen Sie sich jetzt?**



**Wie war heute Ihre durchschnittliche Leistung?**



**Haben Sie sich heute müde oder erschöpft gefühlt? Wenn "Ja":**

ein wenig müde	ziemlich müde	sehr müde
ein wenig erschöpft	ziemlich erschöpft	sehr erschöpft

**Hat es für Sie heute besonders starke Belastungen gegeben? Wenn "Ja":**

körperlicher Natur	geistiger Natur	seelischer Natur
--------------------	-----------------	------------------

**Haben Sie heute tagsüber geschlafen? Wenn "Ja", wann?**

von _____ Uhr	bis _____ Uhr
von _____ Uhr	bis _____ Uhr
von _____ Uhr	bis _____ Uhr

**Haben Sie heute den Aktigraphen abgenommen? Wenn "Ja", wann?**

von _____ Uhr	bis _____ Uhr
von _____ Uhr	bis _____ Uhr
von _____ Uhr	bis _____ Uhr

Haben Sie heute ....	Ja	Wenn "Ja", wieviel?	Nein
koffeinhaltige Getränke (Kaffee, Tee, Cola etc.) zu sich genommen?			
geraucht?			
Alkohol getrunken?			
Medikamente eingenommen?			
andere Substanzen eingenommen?		Welche?	

**Hat sich heute irgend etwas Außergewöhnliches ereignet, teilen Sie uns dies bitte hier mit:**.....

.....

# Morgenprotokoll

(SSA, Saletu et al.)

SCHLAFQUALITÄT	nein	etwas	mäßig	sehr
1. Haben Sie gut geschlafen?				
2. War Ihr Schlaf tief?				
3. Hatten Sie Einschlafschwierigkeiten?				
4. Hatten Sie Durchschlafschwierigkeiten?				
5. Haben Sie schlecht geträumt?				
6. War bei nächtlichem Erwachen das Wiedereinschlafen erschwert?				
7. Wachten Sie frühzeitig auf?				

AUFWACHQUALITÄT	nein	etwas	mäßig	sehr
8. Fühlten Sie sich nach dem Aufstehen benommen?				
9. Waren Sie desorientiert?				
10. Empfanden Sie Müdigkeit?				
11. Waren Sie bei guter Stimmung?				
12. Fühlten Sie sich teilnahmsvoll?				
13. Fühlten Sie sich verlangsamt?				
14. War Ihre Aufmerksamkeit/Konzentration vermindert?				
15. Empfanden Sie Ihren Schlaf als erholsam und erfrischend?				

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	nein	etwas	mäßig	sehr
16. Empfanden Sie Übelkeit?				
17. Hatten Sie Kopfschmerzen?				
18. Empfanden Sie Mundtrockenheit?				
19. Bemerkten Sie Schwindelgefühle?				
20. Waren Ihre Bewegungen unkoordiniert?				

22. Wann gingen Sie zu Bett? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min.

23. Wann drehten Sie das Licht aus? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min.

24. Wann schliefen Sie ein? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min.

25. Wie oft erwachten Sie nachts? \_\_\_\_\_ mal

26. Wann erwachten Sie zuletzt morgens? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min.

27. Wieviel Schlaf hatten Sie insgesamt? \_\_\_\_\_ Std. \_\_\_\_\_ min.

28. Wann verließen Sie das Bett? \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min.

29. Können Sie sich an einen Traum/Träume erinnern? **Ja** **Nein**

Wenn "Ja", bitte umblättern.

30. Ist während der Nacht irgend etwas besonderes vorgefallen? **Ja** **Nein**

Wenn "Ja", bitte notieren: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gesamtscore: \_\_\_\_\_ sSL: \_\_\_\_\_ min sSEFF: \_\_\_\_\_ %