

Dein Schlaf.

Dein Tag.

Dein Schlaftagebuch.



WOCHENTAG	TAG 1	TAG 2	TAG 3	TAG 4	TAG 5	TAG 6	TAG 7
Schlaf							
Was hast Du in der letzten Stunde vor dem Schlafengehen getan?							
Um wie viel Uhr bist Du ins Bett gegangen?							
Wann bist Du am nächsten Tag wieder aufgewacht?							
Wie bist Du eingeschlafen: (Ankreuzen)							
Leicht	<input type="checkbox"/>						
Nach einiger Zeit	<input type="checkbox"/>						
Mit Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>						
Wie oft bist Du in der Nacht aufgewacht?							
Wie viele Minuten warst Du circa wach?							
Was hat Dich aufgeweckt? Zum Beispiel: Geräusche, Haustiere, Allergien, zu heiß oder zu kalt, Albtraum.							
Wie hast Du Dich beim Aufwachen gefühlt? (eine Antwort auswählen)							
Erholt	<input type="checkbox"/>						
Leicht erholt	<input type="checkbox"/>						
Müde/erschöpft	<input type="checkbox"/>						

Dein Schlaf.

Dein Tag.

Dein Schlaftagebuch.



WOCHENTAG		TAG 1	TAG 2	TAG 3	TAG 4	TAG 5	TAG 6	TAG 7
Ernährung & Bewegung								
Wie viele koffeinhaltige Getränke hast Du nach 14 Uhr getrunken?								
Wie viele alkoholische Getränke hast Du nach 14 Uhr getrunken?								
Hast Du zwei Stunden vor dem Schlafengehen einen Laptop, PC, Tablet, Smartphone benutzt? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Hast Du mindestens 20 Minuten lang trainiert? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Liste alle Medikamente auf, die Du eingenommen hast:								
Wie war Deine Stimmung während des Tages? (G)ereizt / (Gl)ücklich / (Z)iemlich glücklich / (S)ehr glücklich		G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Hast Du tagsüber ein Nickerchen gemacht? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Wie lange haben Deine Nickerchen insgesamt gedauert?								
Bist Du tagsüber ungewollt eingeschlafen? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Wann? (V)ormittags / (N)achmittags (Ankreuzen)	V	<input type="checkbox"/>						
	N	<input type="checkbox"/>						

Dein Schlaf.

Dein Tag.

Dein Schlaftagebuch.

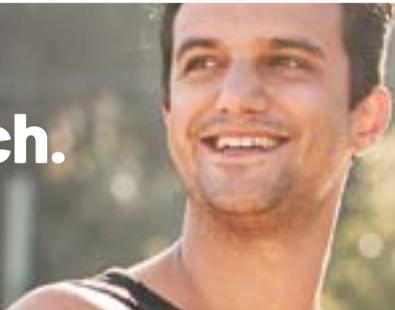


WOCHENTAG	TAG 1	TAG 2	TAG 3	TAG 4	TAG 5	TAG 6	TAG 7
Schlaf							
Was hast Du in der letzten Stunde vor dem Schlafengehen getan?							
Um wie viel Uhr bist Du ins Bett gegangen?							
Wann bist Du am nächsten Tag wieder aufgewacht?							
Wie bist Du eingeschlafen: (Ankreuzen)							
Leicht	<input type="checkbox"/>						
Nach einiger Zeit	<input type="checkbox"/>						
Mit Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>						
Wie oft bist Du in der Nacht aufgewacht?							
Wie viele Minuten warst Du circa wach?							
Was hat Dich aufgeweckt? Zum Beispiel: Geräusche, Haustiere, Allergien, zu heiß oder zu kalt, Albtraum.							
Wie hast Du Dich beim Aufwachen gefühlt? (eine Antwort auswählen)							
Erholt	<input type="checkbox"/>						
Leicht erholt	<input type="checkbox"/>						
Müde/erschöpft	<input type="checkbox"/>						

Dein Schlaf.

Dein Tag.

Dein Schlaftagebuch.



WOCHENTAG		TAG 1	TAG 2	TAG 3	TAG 4	TAG 5	TAG 6	TAG 7
Ernährung & Bewegung								
Wie viele koffeinhaltige Getränke hast Du nach 14 Uhr getrunken?								
Wie viele alkoholische Getränke hast Du nach 14 Uhr getrunken?								
Hast Du zwei Stunden vor dem Schlafengehen einen Laptop, PC, Tablet, Smartphone benutzt? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Hast Du mindestens 20 Minuten lang trainiert? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Liste alle Medikamente auf, die Du eingenommen hast:								
Wie war Deine Stimmung während des Tages? (G)ereizt / (Gl)ücklich / (Z)iemlich glücklich / (S)ehr glücklich		G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Hast Du tagsüber ein Nickerchen gemacht? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Wie lange haben Deine Nickerchen insgesamt gedauert?								
Bist Du tagsüber ungewollt eingeschlafen? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Wann? (V)ormittags / (N)achmittags (Ankreuzen)	V	<input type="checkbox"/>						
	N	<input type="checkbox"/>						

Dein Schlaf.

Dein Tag.

Dein Schlaftagebuch.



WOCHENTAG	TAG 1	TAG 2	TAG 3	TAG 4	TAG 5	TAG 6	TAG 7
Schlaf							
Was hast Du in der letzten Stunde vor dem Schlafengehen getan?							
Um wie viel Uhr bist Du ins Bett gegangen?							
Wann bist Du am nächsten Tag wieder aufgewacht?							
Wie bist Du eingeschlafen: (Ankreuzen)							
Leicht	<input type="checkbox"/>						
Nach einiger Zeit	<input type="checkbox"/>						
Mit Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>						
Wie oft bist Du in der Nacht aufgewacht?							
Wie viele Minuten warst Du circa wach?							
Was hat Dich aufgeweckt? Zum Beispiel: Geräusche, Haustiere, Allergien, zu heiß oder zu kalt, Albtraum.							
Wie hast Du Dich beim Aufwachen gefühlt? (eine Antwort auswählen)							
Erholt	<input type="checkbox"/>						
Leicht erholt	<input type="checkbox"/>						
Müde/erschöpft	<input type="checkbox"/>						

Dein Schlaf. Dein Tag. Dein Schlaftagebuch.



WOCHENTAG		TAG 1	TAG 2	TAG 3	TAG 4	TAG 5	TAG 6	TAG 7
Ernährung & Bewegung								
Wie viele koffeinhaltige Getränke hast Du nach 14 Uhr getrunken?								
Wie viele alkoholische Getränke hast Du nach 14 Uhr getrunken?								
Hast Du zwei Stunden vor dem Schlafengehen einen Laptop, PC, Tablet, Smartphone benutzt? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Hast Du mindestens 20 Minuten lang trainiert? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Liste alle Medikamente auf, die Du eingenommen hast:								
Wie war Deine Stimmung während des Tages? (G)ereizt / (Gl)ücklich / (Z)iemlich glücklich / (S)ehr glücklich		G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/> Gl <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Hast Du tagsüber ein Nickerchen gemacht? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Wie lange haben Deine Nickerchen insgesamt gedauert?								
Bist Du tagsüber ungewollt eingeschlafen? (Ankreuzen)	Ja	<input type="checkbox"/>						
	Nein	<input type="checkbox"/>						
Wann? (V)ormittags / (N)achmittags (Ankreuzen)	V	<input type="checkbox"/>						
	N	<input type="checkbox"/>						