

Woche vom _____ bis _____

Abendprotokoll

(am Abend vor dem Schlafengehen ausfüllen)



	Montag - abend	Dienstag - abend	Mittwoch - abend	Donnerstag - abend	Freitag - abend	Samstag - abend	Sonntag - abend
8 = sehr stark, sehr gut							
Tagesmüdigkeit Zeitpunkt:							
wie stark:	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
Tagesmüdigkeit Zeitpunkt:							
wie stark:	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
Tagesmüdigkeit Zeitpunkt:							
wie stark:	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
Konzentration bei Tagesmüdigkeit:	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
bei Wachheit:	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
Schlaf am Tag (Mittagsschlaf, Nickerchen vorm Fernseher etc.) Dauer (in Std./ Min.)							
Stimmung							
Genussmittel (Kaffee, Tee, Cola, Alkohol) Menge und Uhrzeit angeben							
Kataplexien Häufigkeit							
Kataplexien Auslöser							
Körperliche Entspannung am Abend	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
weitere Beobachtungen							

Woche vom _____ bis _____

Morgenprotokoll

(morgens nach dem Aufstehen ausfüllen)



8 = sehr gut, sehr müde	Dienstag - morgen	Mittwoch - morgen	Donnerstag - morgen	Freitag - morgen	Samstag - morgen	Sonntag - morgen	Montag - morgen
Schlafqualität							
wie gut:	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
Gefühl des Erholtseins							
wie gut:	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
Müdigkeit beim Zubettgehen							
wie müde:	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
Licht gelöscht (Uhrzeit)							
Einschlafdauer (Std. / Min.)							
Schlafparalyse / Halluzination beim Einschlafen (ja / nein)							
Wie oft aufgewacht							
Wie lang wach gewesen (Uhrzeit) (Std. / Min.)							
Nachtaktivität (falls aufgestanden, was getan)							
Wann endgültig morgens aufgewacht (Uhrzeit)							
Wann endgültig morgens aufgestanden (Uhrzeit)							
Schlafparalyse / Halluzination beim Aufwachen (ja / nein)							
Wie lange im Bett gelegen (Std. / Min.)							
Wie lange geschlafen (Std. / Min.)							
Schlafmittel (Präparat und Dosis)							