



Datum: _____

Name : _____

Liebe Patienten, bitte morgens nach dem aufstehen ausfüllen

Datum						
Schlafqualität 1 = sehr gut 6 = sehr schlecht						
Gefühl des Erholtseins 1 = sehr gut 6 = sehr schlecht						
Licht gelöscht (Uhrzeit)						
Grobe Schätzung der Einschlafdauer (min)						
Aufgewacht? Wenn ja, wie oft ca.?						
Dauer der Wachliegezeit 1 = sehr kurz 6 = sehr lang						
Wann sind Sie morgens aufgestanden? (Uhrzeit)						
Wie lange haben Sie ca. geschlafen? (Std./min) Nur grob einschätzen!						
Haben sie Schlafmittel oder Alkohol genommen? Wenn ja, Präparat und Dosis angeben.						
Haben Sie tagsüber geschlafen?						

Fragebogen bitte 3 Tage vor dem nächsten Sprechstundentermin abgeben!