

Stresstagebuch – Schlaf

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt vom: Bis zum:

Wie gut oder schlecht schlafen Sie?

	Mo./Nacht	Di./Nacht	Mi./Nacht	Do./Nacht	Fr./Nacht	Sa./Nacht	So./Nacht
Notiz	<input type="text"/>						
Schlaf-Qualität	Schlecht > Gut ○○○○○						
Schlafstunden	<input type="text"/>						
1. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
2. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
3. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
4. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
5. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
	Problematik Weniger > Stark						
... Einschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Durchschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Schlechte Träume	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Kein Tiefschlaf	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Aufschrecken	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
<input type="text"/>	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
Hilfsmittel probiert?	<input type="text"/>						