

SCHLAFPROTOKOLL

Zur Ergänzung der Untersuchung mit dem automatischen Schlafanalysator Quisi

Code Nr.: _____ Alter: _____ Gewicht: _____ Größe: _____ Geschlecht M / W
des Untersuchten

Datum: _____

Seite 1 vor dem Schlafengehen ausfüllen (abends) Seite 2 morgens!

I. Befinden am Tage:

Vormittags: (Aufstehen bis 13:00Uhr)

Leistungsfähigkeit

Körperlich

gut o mittel o schlecht o sehr schlecht o

Geistige

gut o mittel o schlecht o sehr schlecht o

Psychosozial ausgelöster Stress

gut o mittel o stark o sehr stark o

andere Stressarten

gut o mittel o stark o sehr stark o

z.B. Lärm o Hitze o Wetter o Elektrosmog (Elektrogeräte) o

II: Mittagsschlaf

ja o nein o

Kurzschlaf < 20 Min.

ja o nein o

Langer Schlaf > 20 Min.

ja o nein o

III. Nachmittags bis Abends (13:00 bis Schlafengehen)

Leistungsfähigkeit (Zutreffendes unterstreichen)

Körperlich

gut o mittel o schlecht o sehr schlecht o

Geistige

gut o mittel o schlecht o sehr schlecht o

Psychosozial ausgelöster Stress

gut o mittel o stark o sehr stark o

Andere Stressarten

gut o mittel o stark o sehr stark o

z.B. Lärm o Hitze o Wetter o Elektrosmog (Elektrogeräte) o

IV. Befinden vor dem Schlafengehen

o schläfrig o erschöpft o gestresst o erregt o fröhlich

sonstige Bemerkungen: _____

V. Nahrungs-, Genussmittel- und Medikamenten-Einnahme vor dem Schlafengehen:

Letzte Mahlzeit, wann? _____ Uhr Was? _____

Alkoholische Getränke o nein o ja, zuletzt um _____ Uhr
_____ Mengenangabe des gesamten Tages

Koffeinhaltige Getränke o nein o ja, zuletzt um _____ Uhr
_____ Mengenangabe des gesamten Tages

Tabak-Genuss: o nein o ja, zuletzt um _____ Uhr
_____ Mengenangabe des gesamten Tages

Medikamenten-Einnahme am Untersuchungstag: nein ja, was: _____

Haben Sie am Abend ferngesehen? o nein o ja, _____ Stunden

Wie viel Zeit lag zwischen Ende des Fernsehens und dem zu Bettgehen? _____ Stunden

Seite 2 morgens ausfüllen nach dem Aufstehen (Erinnerung)

VI. Schlafdetails der Untersuchungsnacht: (morgens ausfüllen)

Wie sind Sie eingeschlafen?

sehr gut gut mittel schlecht schlecht sehr schlecht

Wie lange waren Sie wach gelegen, bzw. wie lange dauerte es bis Sie einschliefen?

sehr schnell schnell mittel lange sehr lange
ca. 5 Min. 15 30 1 h _____

VII. Schlafqualität der Untersuchungsnacht: (morgens ausfüllen)

sehr gut gut mittel schlecht schlecht sehr schlecht

evtl. Bemerkungen: _____

Ihr Befinden beim Aufstehen

frisch erholt mittel müde zerschlagen

evtl. Bemerkungen: _____

Sind Sie in der Nacht aufgewacht?

nein ja, wie oft? _____, Mal und wann?: _____ Uhr
warum? _____

- Wahrnehmung von Lärmemission
- Licht Blitz Scheinwerfer
- Toilettengang
- Luftknappheit / schlechte Luft
- andere : _____

Haben Sie in der Nacht das Bett verlassen?

nein ja, wie oft?: _____ Mal und wann?: _____ Uhr

Schnarchen Sie? nein ja schnarcht Ihr Partner? nein ja
Haben Sie geträumt? oft selten nicht
zum Inhalt der Träume positiv neutral negativ

Sonstige Bemerkungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....