



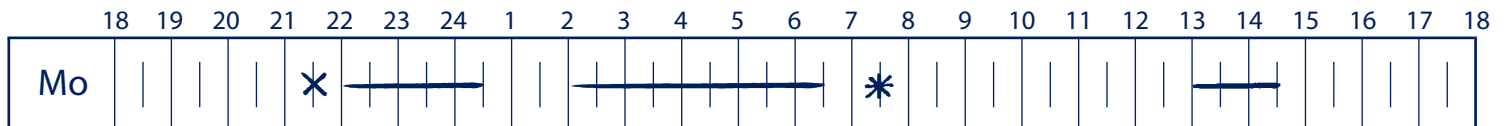
Der gesunde Schlaf entspricht dem natürlichen Ablauf verschiedener Schlafstadien. Eine anhaltende Störung des natürlichen Schlafvermögens führt zu körperlicher und seelischer Erschöpfung. Schlafstörungen machen krank und bedürfen ärztlicher Unterstützung zur Besserung.

Mit den Informationen über Ihr Schlafverhalten kann Ihr Arzt gezielter helfen. Eine sorgfältige Erforschung der Ursachen Ihrer Schlafstörung führt zu einer präzisen Diagnose und in der Folge zur individuell angepassten Therapie.

Das Führen Ihrer Schlafagenda ist einfach. Am Beispiel der Schlafagenda von Frau C., sehen Sie, wie geht:

Frau C. hat um 21.30 Uhr das Licht gelöscht und ist um 22.00 Uhr eingeschlafen. Eine halbe Stunde nach Mitternacht ist Frau C. erwacht und konnte bis 2.00 Uhr nicht wieder einschlafen. Am Morgen ist Frau C. um 6.30 erwacht und eine Stunde später, um 7.30 Uhr, aufgestanden. Von 13.00 bis 14.30 Uhr hat Frau C. Mittagsschlaf gehalten.

Die Schlafagenda von Frau C. (Beispiel)



Schlafagenda 1. Woche

vom ___ - ___ - ___ (Tag/Monat/Jahr)

bis ___ - ___ - ___ (Tag/Monat/Jahr)

- ✗ Mit einem Kreuz markieren Sie den Zeitpunkt des Lichterlöschens.
- Mit einem waagrechten Strich zeichnen Sie Ihre Schlafdauer ein (auch Mittagsschlaf).
- * Mit einem Stern markieren Sie den Zeitpunkt des Aufstehens.

Die Zeit Ihrer Wachperioden lassen Sie frei.

	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Mo																									
Di																									
Mi																									
Do																									
Fr																									
Sa																									
So																									
	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

	Wohlbefinden (1–5*): * 1: sehr schlecht; 2: schlecht; 3: mittelmässig; 4: gut; 5: sehr gut	Haben Sie ein Schlafmittel eingenommen?	Haben Sie sonst ein Medikament eingenommen?	Bemerkungen
Mo	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Di	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Mi	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Do	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Fr	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Sa	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
So	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____

Schlafagenda 2. Woche

vom ___ - ___ - ___ (Tag/Monat/Jahr)

bis ___ - ___ - ___ (Tag/Monat/Jahr)

- ✗ Mit einem Kreuz markieren Sie den Zeitpunkt des Lichterlöschens.
- Mit einem waagrechten Strich zeichnen Sie Ihre Schlafdauer ein (auch Mittagsschlaf).
- * Mit einem Stern markieren Sie den Zeitpunkt des Aufstehens.

Die Zeit Ihrer Wachperioden lassen Sie frei.

	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Mo																									
Di																									
Mi																									
Do																									
Fr																									
Sa																									
So																									
	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

	Wohlbefinden (1–5*): * 1: sehr schlecht; 2: schlecht; 3: mittelmässig; 4: gut; 5: sehr gut	Haben Sie ein Schlafmittel eingenommen?	Haben Sie sonst ein Medikament eingenommen?	Bemerkungen
Mo	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Di	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Mi	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Do	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Fr	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Sa	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
So	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____

Schlafagenda 3. Woche

vom ___ - ___ - ___ (Tag/Monat/Jahr)

bis ___ - ___ - ___ (Tag/Monat/Jahr)

- ✗ Mit einem Kreuz markieren Sie den Zeitpunkt des Lichterlöschens.
- Mit einem waagrechten Strich zeichnen Sie Ihre Schlafdauer ein (auch Mittagsschlaf).
- * Mit einem Stern markieren Sie den Zeitpunkt des Aufstehens.

Die Zeit Ihrer Wachperioden lassen Sie frei.

	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Mo																									
Di																									
Mi																									
Do																									
Fr																									
Sa																									
So																									
	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

	Wohlbefinden (1–5*): * 1: sehr schlecht; 2: schlecht; 3: mittelmässig; 4: gut; 5: sehr gut	Haben Sie ein Schlafmittel eingenommen?	Haben Sie sonst ein Medikament eingenommen?	Bemerkungen
Mo	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Di	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Mi	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Do	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Fr	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Sa	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
So	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____

Schlafagenda 4. Woche

vom ___ - ___ - ___ (Tag/Monat/Jahr)

bis ___ - ___ - ___ (Tag/Monat/Jahr)

- ✗ Mit einem Kreuz markieren Sie den Zeitpunkt des Lichterlöschens.
- Mit einem waagrechten Strich zeichnen Sie Ihre Schlafdauer ein (auch Mittagsschlaf).
- * Mit einem Stern markieren Sie den Zeitpunkt des Aufstehens.

Die Zeit Ihrer Wachperioden lassen Sie frei.

	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Mo																									
Di																									
Mi																									
Do																									
Fr																									
Sa																									
So																									
	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

	Wohlbefinden (1–5*): * 1: sehr schlecht; 2: schlecht; 3: mittelmässig; 4: gut; 5: sehr gut	Haben Sie ein Schlafmittel eingenommen?	Haben Sie sonst ein Medikament eingenommen?	Bemerkungen
Mo	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Di	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Mi	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Do	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Fr	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
Sa	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____
So	in der Nacht _____ am folgenden Tag _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja Welches? <input type="checkbox"/> Nein _____	_____