



ABEND/MORGENPROTOKOLLE

WICHTIG: UNBEDINGT VOR DER ERSTBEARBEITUNG LESEN

Wir möchten Sie bitten, diese Abend/Morgenprotokolle regelmäßig, vollständig und sorgfältig zu bearbeiten. Nur so können wir die darin enthaltenen Informationen zu Ihrem Nutzen bearbeiten. Es gibt keine bessere Methode, sich ein umfassendes Bild von Ihren Schlafgewohnheiten und/oder -störungen zu machen, als über längere Zeiträume hinweg gründlich Buch zu führen; so können auch komplizierte Zusammenhänge erkannt werden. Nehmen Sie diese Aufgabe bitte sehr ernst.

Sie müssen sich unmittelbar vor dem abendlichen Lichtlöschen und unmittelbar nach dem morgendlichen Aufstehen jeweils etwa fünf Minuten Zeit nehmen, um das Protokoll zu bearbeiten. In jedem grauen Feld finden Sie eine Frage. Diese Frage beantworten Sie, indem Sie einerseits die erfragte Angabe machen, andererseits, indem Sie die für Sie passende Antwortvorgabe ankreuzen. Ein Beispiel, in dem beide Fälle zusammenkommen sieht dann so aus:

Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen?				ca.	Std.	Min.
War dies für Sie vergleichsweise...						
sehr lang	ziemlich lang	eher lang	eher kurz	ziemlich kurz	sehr kurz	

Im Sinne einer Aufwandsersparnis für Sie haben wir den Fragebogen so konstruiert, dass Sie Eintragungen jeweils nur vornehmen müssen, wenn die jeweilige Fragestellung Sie auch betrifft. Wenn Sie also beispielsweise tagsüber nicht geraucht haben, machen Sie bei der entsprechenden Frage einfach keinen Vermerk.

Mit Ausnahme der abendlichen Zu-Bett-Gehzeit und des morgendlichen Aufwachens und Aufstehens (hier benötigen wir die Uhrzeit!) sind wir an Ihrer subjektiven Einschätzung von Zeiträumen interessiert, beispielsweise also an Ihrer subjektiven Einschätzung der nächtlichen Gesamtschlafzeit in Stunden und Minuten und an Ihrer Bewertung dieser Zeitspanne als kurz, mittel oder lang. Zur Bearbeitung dieses Fragebogens brauchen Sie nachts keine Uhr.

Sollten Sie Probleme bei der Bearbeitung unserer Abend/Morgenprotokolle haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns! Wir danken Ihnen für Ihre gewissenhafte Mitarbeit!

NAME:		VORNAME:	
-------	--	----------	--

Quelle: DGSM

Zutreffendes bitte ankreuzen!

I. ABENDPROTOKOLL

1. **Wie fühlen Sie sich jetzt?** ➤

ziemlich bedrückt	bedrückt	eher bedrückt	eher unbeschwert	unbeschwert	ziemlich unbeschwert
-------------------	----------	---------------	------------------	-------------	----------------------

Wie fühlen Sie sich jetzt? ➤

ziemlich matt	matt	eher matt	eher frisch	frisch	ziemlich frisch
---------------	------	-----------	-------------	--------	-----------------

Wie fühlen Sie sich jetzt? ➤

ziemlich angespannt	angespannt	eher angespannt	eher entspannt	entspannt	ziemlich entspannt
---------------------	------------	-----------------	----------------	-----------	--------------------

2. **Wie war heute Ihre durchschnittliche Leistungsfähigkeit?** ➤

gut	ziemlich gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	ziemlich schlecht
-----	--------------	----------	---------------	----------	-------------------

3. **Haben Sie sich heute müde oder erschöpft gefühlt?** *Wenn ja:*

ein wenig müde	ziemlich müde	sehr müde	ein wenig erschöpft	sehr erschöpft	ziemlich erschöpft
----------------	---------------	-----------	---------------------	----------------	--------------------

4. **Haben Sie heute tagsüber geschlafen?** *Wenn ja:*

Wie lange insgesamt?	➤	Wie oft?	➤	Wann?
ca. Min.		Mal		__:__ Uhr __:__ Uhr

5. **Hat es für Sie heute besonders starke Belastungen gegeben?** *Wenn ja:*

geistiger Natur	seelischer Natur	körperlicher Natur
-----------------	------------------	--------------------

6. **Haben Sie in den letzten 4 Stunden Genussmittel zu sich genommen?**

<i>Wenn ja: Welche?</i>	<i>Wie viel?</i>	<i>War dies für Sie vergleichsweise...</i>		
Kaffee oder schw. Tee Coca-Cola, Red Bull	___ Tassen ___ Gläser	wenig	normal	viel
Bier (0,2 l) Wein oder Sekt (0,1 l) Spirituosen (2 cl)	___ Gläser ___ Gläser ___ Gläser	wenig	normal	viel
Zigaretten Zigarren oder Pfeifen	___ Stück ___ Stück	wenig	normal	viel

7. **Wann sind Sie zu Bett gegangen?**

__:__ Uhr

8. **Hat sich heute irgendetwas Außergewöhnliches ereignet, teilen Sie es uns bitte in Ihren Worten mit:**

--

Bitte setzen Sie morgen früh die Bearbeitung auf der Rückseite fort!

II. MORGENPROTOKOLL

9. **Wie fühlen Sie sich jetzt?** ➤

ziemlich bedrückt	bedrückt	eher bedrückt	eher unbeschwert	unbeschwert	ziemlich unbeschwert
-------------------	----------	---------------	------------------	-------------	----------------------
- Wie fühlen Sie sich jetzt?** ➤

ziemlich matt	matt	eher matt	eher frisch	frisch	ziemlich frisch
---------------	------	-----------	-------------	--------	-----------------
- Wie fühlen Sie sich jetzt?** ➤

ziemlich angespannt	angespannt	eher angespannt	eher entspannt	entspannt	ziemlich entspannt
---------------------	------------	-----------------	----------------	-----------	--------------------
10. **Wie erholsam war Ihr Schlaf?** ➤

sehr erholsam	ziemlich erholsam	mittelmäßig erholsam	kaum erholsam	gar nicht erholsam
---------------	-------------------	----------------------	---------------	--------------------
11. **Wie lange waren Sie abends im Bett, bevor Sie versuchten zu schlafen (Licht löschten)?** ca. Min.
12. **Wie lange hat es anschließend gedauert, bis Sie einschliefen?** ca. Std. Min.
War dies für Sie vergleichsweise...

sehr kurz	kurz	normal	lang	sehr lang
-----------	------	--------	------	-----------

sofort eingeschlafen
gar nicht geschlafen
13. **Waren Sie nachts wach?** *Wenn ja:*

Wie oft?
ca. Mal
Wie lange insgesamt?
ca. Std. Min.

 ➤

War dies für Sie vergleichsweise...		
selten	normal	häufig
War dies für Sie vergleichsweise...		
kurz	normal	lang

 ➤

Sind Sie währenddessen vorwiegend...	
aufge- standen	im Bett ge- blieben
14. **Sofern Sie schlecht geschlafen haben, woran hat es dann gelegen? (mehrfaches Ankreuzen möglich)**
- | | | | |
|----------------------|-------------------|-------------------------|---------------------------------|
| persönliche Probleme | Schmerzen | Geräusche/Lärm | körperliche Missempfindungen |
| berufliche Probleme | Herzbeschwerden | fremde Schlafumgebung | konnte nicht aufhören zu denken |
| ich hatte geträumt | Atembeschwerden | Hunger oder Durst | Beschäftigung mit Banalitäten |
| innere Unruhe | starkes Schwitzen | ich musste zur Toilette | weiß ich nicht |
| Sonstiges: | | | |
15. **Haben Sie nachts geträumt?** *Wenn ja:*

viel	mittel	wenig
------	--------	-------

 ➤

angenehm	neutral	unangenehm
----------	---------	------------
16. **Wann sind Sie endgültig aufgewacht?** ____:____ Uhr ➤

Wurden Sie zuletzt...	
von alleine wach	geweckt

 ➤

Empfanden Sie das als...		
zu früh	genau richtig	zu spät
17. **Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen?** ca. Std. Min.
War dies für Sie vergleichsweise...

sehr lang	ziemlich lang	eher lang	eher kurz	ziemlich kurz	sehr kurz
-----------	---------------	-----------	-----------	---------------	-----------
18. **Wann sind Sie heute morgen endgültig aufgestanden?** ____:____ Uhr
19. **Haben Sie, seit Sie gestern morgen aufgestanden sind, bis jetzt (auch nachts) Medikamente genommen?**
- | | | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Präparat..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Dosis..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Uhrzeit..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |