

SCHLAFPROTOKOLL

Name: geboren: wohnhaft:	Zeitraum:
--------------------------------	-----------

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Aufwachzeit morgens							
Kind musste geweckt werden							
Schlaf tagsüber (Zeitpunkt/Dauer)							
Befinden am Tage 1 bis 5 1 = munter/aktiv – 5 = müde/abgeschlagen							
Aktivitäten vor dem Zubettgehen abends (Art/Dauer)							
Zubettgehzeit							
Aktivitäten nach Zubettgehen, Ritual? (Art/Dauer)							
Einschlafzeit							
Nächtliches Aufwachen (Aktivitäten/Dauer/ Häufigkeit)							
Auffälligkeiten im Schlaf							
Gesamte Schlafzeit nachts							
Ergänzungen (Toilettengang, unruhig im Schlaf, etwas getrunken, ins Bett der Eltern u.ä.)							