SENIOHILFE
Für ein würdevolles Leben im Alter

SCHLAFTAGEBUCH

Name:

Woche:

	Mo-Di	Di-Mi	Mi-Do	Do-Fr	Fr-Sa	Sa-So	So-Mo
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
00:00							
01:00							
02:00							
03:00							
04:00							
05:00							
06:00							
07:00							
08:00							
09:00							
10:00							
Weitere Einflüsse							
Schlafdauer (in Stunden)							
Ausgeschlafen? (+/-)							

ERLÄUTERUNGEN:

Ordnen Sie die folgenden Punkte den jeweiligen Uhrzeiten zu. Sonstige Punkte wie z.B. es war zu laut, zu hell oder abends Alkohol getrunken vermerken Sie unter „Weitere Einflüsse“.

↓ ins Bett gegangen
↑ aufgestanden
X wachgeworden
E letzte Mahlzeit
T letztes Getränk
M Medikamente (Schlafmittel, Schmerzmittel)
S Schmerzen
T Toilette
G Grübeln