

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Tagschalf (Dauer)							
Leistungsfähigkeit*							
Alkoholkonsum							
Schlafmittel							
Bettzeit abends							
Einschlafzeit							
Erwachen**							
Nächtl. Wachzeit							
Letztes Aufwachen							
Aufstehzeit							
Erholtsein*							



* 1 bis 6; 1: sehr gut; 6: sehr schlecht

** Anzahl

Woche vom: ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____