

SCHLAFPROTOKOLL

Schlaf ist einer der wichtigsten Energiespender und gleichzeitig stärkt er das Immunsystem. Dabei ist nicht nur die Schlafdauer sondern vor allem auch die Schlafqualität ein ganz zentraler Punkt für die bestmögliche Regeneration.

**Drucke diese Vorlage aus und platziere sie auf deinem Nachttisch.
 Schon mit wenigen, regelmäßig erfassten Punkten bekommst du schnell ein Gefühl dafür, wann und warum du dich morgens ausgeruht und erholt fühlst.**

Datum _____

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
WIE GUT HAST DU GESCHLAFEN? 1=sehr schlecht 5=sehr gut	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
WANN BIST DU ZU BETT GEGANGEN?	____ Uhr						
WANN BIST DU AUFGESTANDEN?	____ Uhr						
WIE LANGE HAST DU GESCHLAFEN?	____ h						
LAGST DU ABENDS NOCH LÄNGER WACH?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
BIST DU NACHTS AUFGEWACHT?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						

Datum _____

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
WIE GUT HAST DU GESCHLAFEN? 1=sehr schlecht 5=sehr gut	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
WANN BIST DU ZU BETT GEGANGEN?	____ Uhr						
WANN BIST DU AUFGESTANDEN?	____ Uhr						
WIE LANGE HAST DU GESCHLAFEN?	____ h						
LAGST DU ABENDS NOCH LÄNGER WACH?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
BIST DU NACHTS AUFGEWACHT?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						

Datum _____

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
WIE GUT HAST DU GESCHLAFEN? 1=sehr schlecht 5=sehr gut	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
WANN BIST DU ZU BETT GEGANGEN?	____ Uhr						
WANN BIST DU AUFGESTANDEN?	____ Uhr						
WIE LANGE HAST DU GESCHLAFEN?	____ h						
LAGST DU ABENDS NOCH LÄNGER WACH?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
BIST DU NACHTS AUFGEWACHT?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						

Datum _____

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
WIE GUT HAST DU GESCHLAFEN? 1= sehr schlecht 5=sehr gut	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
WANN BIST DU ZU BETT GEGANGEN?	____ Uhr						
WANN BIST DU AUFGESTANDEN?	____ Uhr						
WIE LANGE HAST DU GESCHLAFEN?	____ h						
LAGST DU ABENDS NOCH LÄNGER WACH?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
BIST DU NACHTS AUFGEWACHT?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						

Datum _____

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
WIE GUT HAST DU GESCHLAFEN? 1= sehr schlecht 5=sehr gut	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
WANN BIST DU ZU BETT GEGANGEN?	____ Uhr						
WANN BIST DU AUFGESTANDEN?	____ Uhr						
WIE LANGE HAST DU GESCHLAFEN?	____ h						
LAGST DU ABENDS NOCH LÄNGER WACH?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
BIST DU NACHTS AUFGEWACHT?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						

Datum _____

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
WIE GUT HAST DU GESCHLAFEN? 1= sehr schlecht 5=sehr gut	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
WANN BIST DU ZU BETT GEGANGEN?	____ Uhr						
WANN BIST DU AUFGESTANDEN?	____ Uhr						
WIE LANGE HAST DU GESCHLAFEN?	____ h						
LAGST DU ABENDS NOCH LÄNGER WACH?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
BIST DU NACHTS AUFGEWACHT?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						

Datum _____

	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG
WIE GUT HAST DU GESCHLAFEN? 1= sehr schlecht 5=sehr gut	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
WANN BIST DU ZU BETT GEGANGEN?	____ Uhr						
WANN BIST DU AUFGESTANDEN?	____ Uhr						
WIE LANGE HAST DU GESCHLAFEN?	____ h						
LAGST DU ABENDS NOCH LÄNGER WACH?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
BIST DU NACHTS AUFGEWACHT?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						