

# Schlaf-Tagebuch

SCHT

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

Ausgefüllt von: Mutter / Vater / Fachperson: \_\_\_\_\_

- Aufzeichnungen nach Möglichkeit über zwei Wochen nach dem Erstgespräch
- Unmittelbare Aufzeichnungen sind erforderlich (Zuverlässigkeitsproblem)
- Fortführung der Aufzeichnungen über die gesamte Therapiephase (Effektivitätskontrolle)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Aufwachzeit am Morgen							
Zeit und Dauer von Schlaf am Tag							
Zubettgehzeit							
Einschlafzeit							
Zeit und Dauer des abendlichen Wachseins einschl. elterlichen Verhaltens							

Zeit und Dauer des nächtlichen Wachseins einschl. elterlichen Verhaltens							
-----------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--