

Fragebogen zu Ihren Schlafgewohnheiten

1. Wann gehen Sie in der Woche abends ins Bett? _____
2. Wann gehen Sie am Wochenende abends ins Bett? _____
3. Wie lange brauchen Sie, um abends einzuschlafen? _____
4. Wie oft werden Sie nachts wach? _____
5. Wie lange brauchen Sie, um wieder einzuschlafen, wenn Sie nachts aufwachen?

6. Wann wachen Sie in der Woche morgens auf? _____
7. Wann verlassen Sie morgens in der Woche das Bett? _____
8. Wann wachen Sie am Wochenende morgens auf? _____
9. Wann verlassen Sie morgens am Wochenende das Bett? _____
10. Sind Ihre Schlafenszeiten am Wochenende anders? Wenn ja, inwiefern?

11. Machen Sie einen Mittagsschlaf? Wenn ja, wie regelmäßig und wie lange?

12. Kommt es vor, dass Sie Aktivitäten am Tage vermeiden, weil Sie sich müde fühlen oder Angst haben, dass Sie dann abends nicht einschlafen können? _____
13. Was passiert, wenn Sie nachts wach werden (z.B. Gedankenkreisen ...)? _____
14. Was machen Sie im Bett außer Schlafen (Sexualität ausgenommen)? _____

Dieser Fragebogen dient der Bestandsaufnahme Ihrer Schlafgewohnheiten vor Beginn der **brainLight**-Anwendungen mit den **brainLight**-Programmen „Nachts gesund schlafen mit **brainLight**“. Sie können den Fragebogen aber auch wiederholt ausfüllen, um für sich selbst festzustellen, ob sich nach regelmäßigen **brainLight**-Anwendungen mit diesen Programmen etwas an Ihren Schlafgewohnheiten geändert hat.