

Slaap/waakkalender van _____ (geb.datum) _____

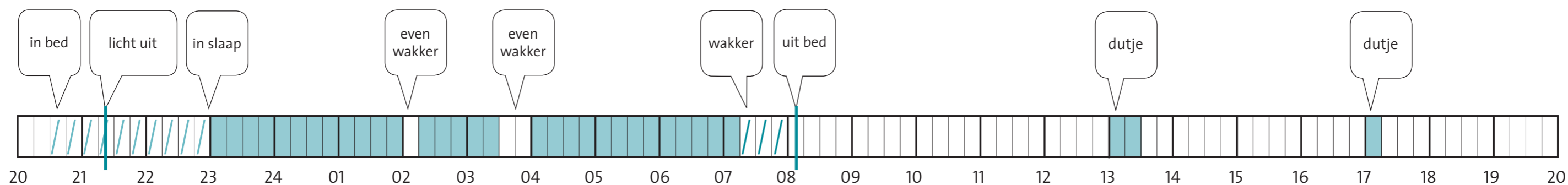
Instructie:

- Vul de tabellen in als u opstaat
- De cijfers onder de tweede tabel staan voor de uren van de dag van 20:00 tot de volgende dag 19:00
- Laat het hokje wit als u wakker was
- Zet streepjes als u in bed/bank/stoel ligt, maar niet slaapt
- Kleur in als u sliep (de volgende dag)
- Zet een streep bij de tijd dat u het licht uitdeed en bij de tijd dat u opstond
- Vul ook de informatie boven elk balkje in
- Elk vakje is 15 minuten. Als u 's nachts wakker ligt, laat u dat vakje open

Voorbeeld:

Dag 1 Datum: 01 - 01 - 2017 Tijdstip in bed: 20 . 30 uur Tijdstip uit bed: 08 . 00 uur Indien slaapmedicatie: Medicijn 20 mg om 22 . 45 uur

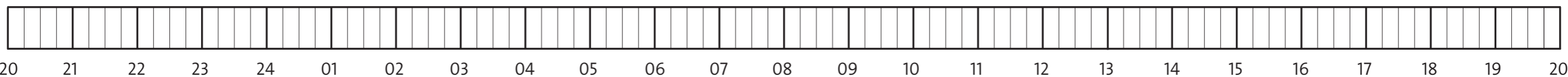
Hoe heeft u geslapen?	goed	<input checked="" type="checkbox"/> redelijk	slecht	Hoe uitgerust voelt u zich?	goed	<input checked="" type="checkbox"/> redelijk	slecht
------------------------------	------	--	--------	------------------------------------	------	--	--------



Aantal gedronken kopjes of glazen na de avondmaaltijd 1 aantal met cafeïne/theïne 0

Dag 1 Datum: ___ - ___ - ___ Tijdstip in bed: ___ . ___ uur Tijdstip uit bed: ___ . ___ uur Indien slaapmedicatie: _____ mg om ___ . ___ uur

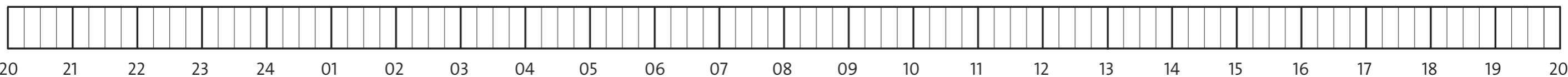
Hoe heeft u geslapen?	goed	redelijk	slecht	Hoe uitgerust voelt u zich?	goed	redelijk	slecht
------------------------------	------	----------	--------	------------------------------------	------	----------	--------



Aantal gedronken kopjes of glazen na de avondmaaltijd ___ aantal met cafeïne/theïne ___

Dag 2 Datum: ___ - ___ - ___ Tijdstip in bed: ___ . ___ uur Tijdstip uit bed: ___ . ___ uur Indien slaapmedicatie: _____ mg om ___ . ___ uur

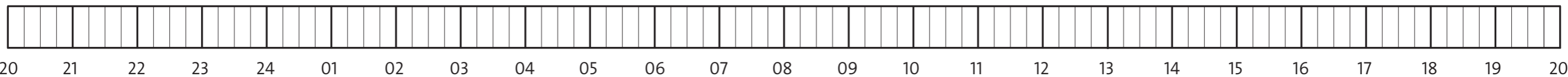
Hoe heeft u geslapen?	goed	redelijk	slecht	Hoe uitgerust voelt u zich?	goed	redelijk	slecht
------------------------------	------	----------	--------	------------------------------------	------	----------	--------



Aantal gedronken kopjes of glazen na de avondmaaltijd ___ aantal met cafeïne/theïne ___

Dag 3 Datum: ___ - ___ - ___ Tijdstip in bed: ___ . ___ uur Tijdstip uit bed: ___ . ___ uur Indien slaapmedicatie: _____ mg om ___ . ___ uur

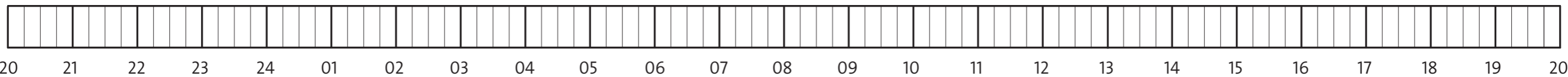
Hoe heeft u geslapen?	goed	redelijk	slecht	Hoe uitgerust voelt u zich?	goed	redelijk	slecht
------------------------------	------	----------	--------	------------------------------------	------	----------	--------



Aantal gedronken kopjes of glazen na de avondmaaltijd ___ aantal met cafeïne/theïne ___

Dag 4 Datum: ___ - ___ - ___ Tijdstip in bed: ___ . ___ uur Tijdstip uit bed: ___ . ___ uur Indien slaapmedicatie: _____ mg om ___ . ___ uur

Hoe heeft u geslapen?	goed	redelijk	slecht	Hoe uitgerust voelt u zich?	goed	redelijk	slecht
------------------------------	------	----------	--------	------------------------------------	------	----------	--------



Aantal gedronken kopjes of glazen na de avondmaaltijd ___ aantal met cafeïne/theïne ___

Dag 5 Datum: ____ - ____ - ____ Tijdstip in bed: ____ . ____ uur Tijdstip uit bed: ____ . ____ uur Indien slaapmedicatie: _____ mg om ____ . ____ uur

Hoe heeft u geslapen?	goed	redelijk	slecht	Hoe uitgerust voelt u zich?	goed	redelijk	slecht
------------------------------	------	----------	--------	------------------------------------	------	----------	--------



20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Aantal gedronken kopjes of glazen na de avondmaaltijd ____ aantal met cafeïne/theïne ____

Dag 6 Datum: ____ - ____ - ____ Tijdstip in bed: ____ . ____ uur Tijdstip uit bed: ____ . ____ uur Indien slaapmedicatie: _____ mg om ____ . ____ uur

Hoe heeft u geslapen?	goed	redelijk	slecht	Hoe uitgerust voelt u zich?	goed	redelijk	slecht
------------------------------	------	----------	--------	------------------------------------	------	----------	--------



20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Aantal gedronken kopjes of glazen na de avondmaaltijd ____ aantal met cafeïne/theïne ____

Dag 7 Datum: ____ - ____ - ____ Tijdstip in bed: ____ . ____ uur Tijdstip uit bed: ____ . ____ uur Indien slaapmedicatie: _____ mg om ____ . ____ uur

Hoe heeft u geslapen?	goed	redelijk	slecht	Hoe uitgerust voelt u zich?	goed	redelijk	slecht
------------------------------	------	----------	--------	------------------------------------	------	----------	--------



20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Aantal gedronken kopjes of glazen na de avondmaaltijd ____ aantal met cafeïne/theïne ____
