

Mein Schlaf-Tagebuch

7-Tage-Protokoll

Einschlafzeit · Aufwachzeit · Besonderheiten · Wohlbefinden

autismus-ratgeber.de

Dieses Tagebuch hilft dabei, den Schlaf über eine Woche hinweg zu beobachten und Muster zu erkennen. Trage jeden Morgen die Angaben des vergangenen Abends und der Nacht ein. Ehrliche Einträge – auch wenn es mal nicht gut war – liefern die wertvollsten Hinweise.

Wann eintragen?

Jeden Morgen nach dem Aufstehen – solange die Erinnerung noch frisch ist.

Wie genau?

Ungefähre Zeiten reichen. Kein Stress, wenn du etwas vergessen hast.

Wozu?

Das ausgefüllte Tagebuch kann helfen, beim Arzt- oder Therapiegespräch konkrete Schlafprobleme zu benennen.

Wohlbefinden-Skala (morgens nach dem Aufwachen)

 1	 2	 3	 4	 5
Sehr erschöpft	Kaum erholt	Mittelmäßig	Gut erholt	Sehr gut erholt

1 Montag

Datum: _____

Zubettgehenzeit _____ Uhr	Einschlafzeit ca. _____ Uhr	Aufwachzeit _____ Uhr	Aufstehzeit _____ Uhr
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Schlafqualität (subjektiv) ☐ 1 – sehr schlecht ☐ 2 – schlecht ☐ 3 – mittelmäßig ☐ 4 – gut ☐ 5 – sehr gut	Wohlbefinden nach dem Aufwachen ☐  1 ☐  2 ☐  3 ☐  4 ☐  5
---	---

Nächtliches Aufwachen ☐ Nein ☐ Ja	Wie oft? _____ mal	Wie lange wach? (geschätzt) _____ Minuten
---	------------------------------	---

Abendverhalten – Schnell-Checkliste

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Koffein nach 15 Uhr | ☐ Bildschirm < 1 h vor Schlaf | ☐ Reizarme Umgebung |
| ☐ Entspannungsroutine | ☐ Körperliche Aktivität | ☐ Stressiges Ereignis |

Besonderheiten / Notizen (Träume, Überreizung, Sorgen ...)

2 Dienstag

Datum: _____

Zubettgehenzeit _____ Uhr	Einschlafzeit ca. _____ Uhr	Aufwachzeit _____ Uhr	Aufstehzeit _____ Uhr
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Schlafqualität (subjektiv) ☐ 1 – sehr schlecht ☐ 2 – schlecht ☐ 3 – mittelmäßig ☐ 4 – gut ☐ 5 – sehr gut	Wohlbefinden nach dem Aufwachen ☐ 😴 1 ☐ 😊 2 ☐ 😊 3 ☐ 😊 4 ☐ 😊 5
--	--

Nächtliches Aufwachen ☐ Nein ☐ Ja	Wie oft? _____ mal	Wie lange wach? (geschätzt) _____ Minuten
---	------------------------------	---

Abendverhalten – Schnell-Checkliste

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Koffein nach 15 Uhr | ☐ Bildschirm < 1 h vor Schlaf | ☐ Reizarme Umgebung |
| ☐ Entspannungsroutine | ☐ Körperliche Aktivität | ☐ Stressiges Ereignis |

Besonderheiten / Notizen (Träume, Überreizung, Sorgen ...)

3 Mittwoch

Datum: _____

Zubettgehenzeit _____ Uhr	Einschlafzeit ca. _____ Uhr	Aufwachzeit _____ Uhr	Aufstehzeit _____ Uhr
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Schlafqualität (subjektiv) ☐ 1 – sehr schlecht ☐ 2 – schlecht ☐ 3 – mittelmäßig ☐ 4 – gut ☐ 5 – sehr gut	Wohlbefinden nach dem Aufwachen ☐ 😴 1 ☐ 😊 2 ☐ 😊 3 ☐ 😊 4 ☐ 😊 5
--	--

Nächtliches Aufwachen ☐ Nein ☐ Ja	Wie oft? _____ mal	Wie lange wach? (geschätzt) _____ Minuten
---	------------------------------	---

Abendverhalten – Schnell-Checkliste

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Koffein nach 15 Uhr | ☐ Bildschirm < 1 h vor Schlaf | ☐ Reizarme Umgebung |
| ☐ Entspannungsroutine | ☐ Körperliche Aktivität | ☐ Stressiges Ereignis |

Besonderheiten / Notizen (Träume, Überreizung, Sorgen ...)

4 Donnerstag

Datum: _____

Zubettgehenzeit _____ Uhr	Einschlafzeit ca. _____ Uhr	Aufwachzeit _____ Uhr	Aufstehzeit _____ Uhr
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Schlafqualität (subjektiv) ☐ 1 – sehr schlecht ☐ 2 – schlecht ☐ 3 – mittelmäßig ☐ 4 – gut ☐ 5 – sehr gut	Wohlbefinden nach dem Aufwachen ☐ 😴 1 ☐ 😊 2 ☐ 😊 3 ☐ 😊 4 ☐ 😊 5
--	--

Nächtliches Aufwachen ☐ Nein ☐ Ja	Wie oft? _____ mal	Wie lange wach? (geschätzt) _____ Minuten
---	------------------------------	---

Abendverhalten – Schnell-Checkliste

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Koffein nach 15 Uhr | ☐ Bildschirm < 1 h vor Schlaf | ☐ Reizarme Umgebung |
| ☐ Entspannungsroutine | ☐ Körperliche Aktivität | ☐ Stressiges Ereignis |

Besonderheiten / Notizen (Träume, Überreizung, Sorgen ...)

5 Freitag

Datum: _____

Zubettgehenzeit _____ Uhr	Einschlafzeit ca. _____ Uhr	Aufwachzeit _____ Uhr	Aufstehzeit _____ Uhr
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Schlafqualität (subjektiv) ☐ 1 – sehr schlecht ☐ 2 – schlecht ☐ 3 – mittelmäßig ☐ 4 – gut ☐ 5 – sehr gut	Wohlbefinden nach dem Aufwachen ☐ 😴 1 ☐ 😊 2 ☐ 😊 3 ☐ 😊 4 ☐ 😊 5
--	--

Nächtliches Aufwachen ☐ Nein ☐ Ja	Wie oft? _____ mal	Wie lange wach? (geschätzt) _____ Minuten
---	------------------------------	---

Abendverhalten – Schnell-Checkliste

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Koffein nach 15 Uhr | ☐ Bildschirm < 1 h vor Schlaf | ☐ Reizarme Umgebung |
| ☐ Entspannungsroutine | ☐ Körperliche Aktivität | ☐ Stressiges Ereignis |

Besonderheiten / Notizen (Träume, Überreizung, Sorgen ...)

6 Samstag

Datum: _____

Zubettgezeit _____ Uhr	Einschlafzeit ca. _____ Uhr	Aufwachzeit _____ Uhr	Aufstehzeit _____ Uhr
----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Schlafqualität (subjektiv) ☐ 1 - sehr schlecht ☐ 2 - schlecht ☐ 3 - mittelmäßig ☐ 4 - gut ☐ 5 - sehr gut	Wohlbefinden nach dem Aufwachen ☐ 😊 ^{zzz} 1 ☐ 😊 2 ☐ 😊 3 ☐ 😊 4 ☐ 😊 5
--	---

Nächtliches Aufwachen ☐ Nein ☐ Ja	Wie oft? _____ mal	Wie lange wach? (geschätzt) _____ Minuten
---	------------------------------	---

Abendverhalten - Schnell-Checkliste

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Koffein nach 15 Uhr | ☐ Bildschirm < 1 h vor Schlaf | ☐ Reizarme Umgebung |
| ☐ Entspannungsroutine | ☐ Körperliche Aktivität | ☐ Stressiges Ereignis |

Besonderheiten / Notizen (Träume, Überreizung, Sorgen ...)

7 Sonntag

Datum: _____

Zubettgezeit _____ Uhr	Einschlafzeit ca. _____ Uhr	Aufwachzeit _____ Uhr	Aufstehzeit _____ Uhr
----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Schlafqualität (subjektiv) ☐ 1 - sehr schlecht ☐ 2 - schlecht ☐ 3 - mittelmäßig ☐ 4 - gut ☐ 5 - sehr gut	Wohlbefinden nach dem Aufwachen ☐ 😊 ^{zzz} 1 ☐ 😊 2 ☐ 😊 3 ☐ 😊 4 ☐ 😊 5
--	---

Nächtliches Aufwachen ☐ Nein ☐ Ja	Wie oft? _____ mal	Wie lange wach? (geschätzt) _____ Minuten
---	------------------------------	---

Abendverhalten - Schnell-Checkliste

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Koffein nach 15 Uhr | ☐ Bildschirm < 1 h vor Schlaf | ☐ Reizarme Umgebung |
| ☐ Entspannungsroutine | ☐ Körperliche Aktivität | ☐ Stressiges Ereignis |

Besonderheiten / Notizen (Träume, Überreizung, Sorgen ...)

Wochenübersicht & Auswertung

Tag	Einschlaf	Aufwach	Schlaf-dauer	Qualität	Wohlbef.	Besonderheit (kurz)
Montag	__:__	__:__	___ h	__ / 5	__ / 5	
Dienstag	__:__	__:__	___ h	__ / 5	__ / 5	
Mittwoch	__:__	__:__	___ h	__ / 5	__ / 5	
Donnerstag	__:__	__:__	___ h	__ / 5	__ / 5	
Freitag	__:__	__:__	___ h	__ / 5	__ / 5	
Samstag	__:__	__:__	___ h	__ / 5	__ / 5	

Sonntag	__ : __	__ : __	__ h	__ / 5	__ / 5	
---------	---------	---------	------	--------	--------	--

Persönliche Reflexion der Woche

→ An welchen Tagen habe ich mich am besten erholt gefühlt – und was war an diesen Tagen anders?

→ Gab es erkennbare Muster (z. B. nach bestimmten Aktivitäten, Lebensmitteln oder Stresssituationen)?

→ Was möchte ich in der nächsten Woche konkret ausprobieren oder verändern?

Dieses Schlaf-Tagebuch dient der persönlichen Selbstbeobachtung und ersetzt keine medizinische oder therapeutische Beratung. Wenn Schlafprobleme dauerhaft bestehen, empfehlen wir, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Weitere Informationen: autismus-ratgeber.de/autismus-schlaf/