

## Invullen in de ochtend

Datum:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Dag van de week:						
Ik ben naar bed gegaan om:	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____
Ik ben in slaap gefallen om:	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____
Ik werd wakker om:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____
Ik ben opgestaan om:	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____	____ : ____

### Gedachten of zorgen terwijl ik in bed lag:

--	--	--	--	--	--	--

### Werd ik 's nachts nog wakker?

aantal keer:						
aantal minuten:						
Hoe lang sliep ik in totaal?	____ Uren ____ Minuten	____ Uren ____ Minuten	____ Uren ____ Minuten	____ Uren ____ Minuten	____ Uren ____ Minuten	____ Uren ____ Minuten

### Toen ik wakker werd voelde ik me ...

Slecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doodmoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oké	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aantekeningen:						
----------------	--	--	--	--	--	--

## Invullen op het einde van de dag

Datum:	/	/	/	/	/	/
Dag vd week:						
Ik heb cafeïne houdende dranken gedronken: (O)chtend, (M)iddag, (A)vond						
O / M / A						
Ik heb tenminste 20 minuten bewogen: (O)chtend, (M)iddag, (A)vond						
O / M / A						
Vandaag nam ik de volgende medicatie:						
Dut je gedaan?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Zo ja, hoe lang?						
Hoeveel kans was er dat ik tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten wegdoezelde? Geen kans (G), Kleine kans (K), Veel kans (V)						
Wat was mijn stemming gedurende de dag?						
Heel goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongeveer 2 à 3 uur voor ik ging slapen nuttigde ik:						
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zware maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caffeïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een uur voor ik naar bed ging bestond mijn routine uit:						
douche nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
boek lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tv- of film kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontspannings oef.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
telefoon/computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
overig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

