

ANHANG 1:

Mannheimer Stresstagebuch

**Prämorbid Veränderungen des Speichelcortisolprofils
bei chronischer Stressbeanspruchung**



vorgelegt von

Dipl.-Psych. Katja Ecken

Mannheim, September 2012

Mannheimer Stresstagebuch

ASD-Studie *Psyche und Gesundheit am Arbeitsplatz*

Erhebungsstufe 3



Arbeitsmedizinischer und
sicherheitstechnischer
Dienst der BGN (ASD*BGN)

UNIVERSITÄT
MANNHEIM

Otto-Selz-Institut für Angewandte Psychologie
Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit
Universität Mannheim

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DES TAGEBUCHS

In diesem Tagebuch zur Beanspruchung finden Sie Protokollbögen für insgesamt 6 Tage. Auf diesen Bögen nehmen Sie bitte Ihre täglichen Eintragungen vor.

Um Missverständnisse auszuschließen, finden Sie im Folgenden einige Erläuterungen zu den einzelnen Fragen. Sie können also bei Unklarheiten hier noch einmal alles nachlesen. Am Ende der Erläuterungen finden Sie auch Telefonnummern und E-Mail-Adressen von zwei persönlichen Ansprechpartnern des Otto-Selz-Instituts für Angewandte Psychologie, Mannheimer Zentrum für Arbeit und Gesundheit der Universität Mannheim für Rückfragen.

Informationen zur Entnahme von Speichelproben:

Im Speichel kann das sogenannte Stresshormon CORTISOL gemessen werden. Zur Erforschung und Klärung der Zusammenhänge im Stressgeschehen ist eine zuverlässige Sammlung des Cortisol entscheidend. Es ist daher wichtig, dass Sie die Speichelproben richtig sammeln und aufbewahren, um die Qualität der Proben sicherzustellen.

Bitte beachten Sie folgende Punkte, wenn Sie die Speichelproben sammeln:

1. Sie sammeln an insgesamt **6** Tagen Speichelproben. Die einzelnen Messzeitpunkte sind weiter unten ausführlich beschrieben.
2. Nehmen Sie **mindestens 5 Minuten vor der Probenentnahme keine säurehaltigen Getränke oder Nahrungsmittel** (z. B. Fruchtsäfte oder Obst) zu sich und **rauchen Sie auch bitte nicht**. Wenn möglich, spülen Sie Ihren Mund mit Leitungswasser, bevor Sie die Speichelprobe entnehmen. Schlucken Sie ein oder zwei Mal, um verbleibendes Wasser oder Nahrungsreste aus der Mundhöhle zu entfernen. Nehmen Sie **keine Speichelprobe direkt nach dem Zähneputzen!**
3. Nehmen Sie für jede Probe nur **einen** Wattetupfer (1) aus der Dose (6). Bitte den Deckel (5) nach der Entnahme sofort wieder schließen! (s. Abbildung S. 3). Der Deckel ist mit einem Mikrochip versehen, der die genaue Uhrzeit dokumentiert, zu der die Dose geöffnet wird. Bitte vermerken Sie trotzdem **immer** auch die Uhrzeit der Probenentnahme im Tagebuch.
4. Nehmen Sie den Tupfer in den Mund und kauen Sie leicht auf ihm herum, um den Speichelfluss anzuregen. Behalten Sie den Tupfer **mindestens 45 Sekunden**, jedoch höchstens 90 Sekunden, im Mund, bis Sie den Eindruck haben, dass der **Tupfer vollständig mit Speichel vollgesogen** ist. **Dies ist sehr wichtig!**
5. Geben Sie anschließend den Tupfer in das Plastikröhrchen (4) **mit der entsprechenden Nummerierung für den Tag und den Messzeitpunkt**. Stecken Sie den Tupfer in das **innere** Plastikröhrchen (2). Bitte nun mit dem Stöpsel (3) verschließen. Vergewissern Sie sich bitte, dass Sie das **richtige Röhrchen** genommen haben (vergleichen Sie Tag und Messzeitpunkt mit Ihrem Tagebuch). Die farbigen Punkte auf den Deckeln sollen Ihnen helfen, das richtige Röhrchen zu verwenden.

Jeder Tag hat eine eigene Farbe:

Tag 1: weiß	Tag 2: gelb	Tag 3: orange	Tag 4: rot	Tag 5: grün	Tag 6: blau
--------------------	--------------------	----------------------	-------------------	--------------------	--------------------

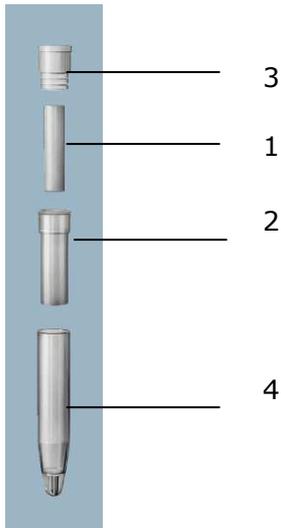
Die Ziffer auf dem farbigen Punkt ist die Nummer der Speichelprobe des jeweiligen Tages. Sollten Sie einmal die Entnahme einer Probe vergessen, lassen Sie das entsprechende Röhrchen bitte leer und machen Sie einen Vermerk in Ihrem Tagebuch.

Auch das Etikett des jeweiligen Röhrchens ist mit Tag und fortlaufender Probennummer pro Tag beschriftet. Ein Beispiel für den ersten Tag:

Tag 1, 1. Probe: Tag 1/1
Tag 1, 2. Probe: Tag 1/2
Tag 1, 3. Probe: Tag 1/3 usw.

6. Bewahren Sie bitte Ihre Proben zuhause wenn möglich in der **Tiefkühltruhe** bei -20°C auf (zur Not auch im Kühlschrank), damit die Speichelproben nicht verderben. Bringen Sie bitte **alle gesammelten Proben** zum vereinbarten Termin wieder mit.

Salivette



Tupferdose

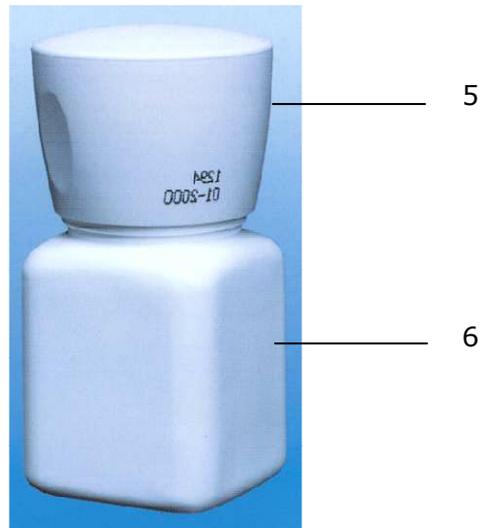


Abbildung:

links: Salivette (v. oben nach unten):
Verschluss (3), Wattetupfer (1), inneres
Röhrchen (2), äußeres Röhrchen (4)

rechts: Tupferdose:
Deckel mit Mikrochip zur Speicherung der
Uhrzeit (5), Dose mit unbenutzten
Wattetupfern (6)

Zur ersten Messung des Tages:

Notieren Sie bitte Datum und Uhrzeit des Aufwachens als Zeitpunkt für die **erste Speichelprobe**. Entnehmen Sie diese Speichelprobe bitte **im Liegen** (noch vor dem Aufstehen). Beachten Sie auch die Anleitung zum Entnehmen von Speichelproben (s.o.: Informationen zur Entnahme von Speichelproben).

Alle weiteren Messungen:

Die anderen Messungen eines Tages sind wie folgt vorzunehmen:

- **2. Messung: 15 Minuten** nach dem Aufwachen und der ersten Messung entnehmen Sie bitte Ihre **zweite Speichelprobe**. Geben Sie auch hier bitte die genaue Uhrzeit an.
- **3. Messung: 30 Minuten** nach dem Aufwachen und der ersten Messung entnehmen Sie bitte Ihre **dritte Speichelprobe**. Beantworten Sie anschließend die Fragen zu Ihrem momentanen **Befinden** und Ihren momentanen **körperlichen Beschwerden (siehe Information auf der nächsten Seite)**.
- **4. Messung: 45 Minuten** nach dem Aufwachen und der ersten Messung entnehmen Sie bitte Ihre **vierte Speichelprobe**. Geben Sie auch hier bitte die genaue Uhrzeit an.
- **5. Messung: 60 Minuten** nach dem Aufwachen und der ersten Messung entnehmen Sie bitte Ihre **fünfte Speichelprobe**. Danach beantworten Sie bitte die Fragen zu Ess- und Rauchverhalten seit dem Aufstehen **(siehe Information auf der nächsten Seite)**.
- **6. Messung:** zum **Zeitpunkt des Schlafengehens** entnehmen Sie bitte Ihre **sechste und letzte Speichelprobe** für diesen Tag. Geben Sie auch hier bitte die genaue Uhrzeit an. Auch nach dieser Messung beantworten Sie bitte die Fragen zu Ihrem Befinden und Ihren körperlichen Beschwerden **(siehe Information auf der nächsten Seite)**.

Info zur dritten Messung des Tages (30 Minuten nach der ersten Messung):

30 Minuten nach dem Aufwachen und der ersten Speichelprobe entnehmen Sie bitte Ihre **dritte Speichelprobe**. Geben Sie auch hier bitte die genaue Uhrzeit an. Beantworten Sie anschließend die Fragen zu Ihrem augenblicklichen **Befinden**.

Beispiel:

Befinden

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht										sehr gut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bitte kreuzen Sie bei jedem Wort der Liste die Ziffer (von 0 bis 10) an, die die Stärke Ihres momentanen Befindens am besten beschreibt. Angenommen, Sie würden sich momentan äußerst gut fühlen, dann würden Sie die Ziffer 10 ankreuzen.

Geben Sie anschließend bitte die Intensität ihrer aktuellen körperlichen Hauptbeschwerde an. Schätzen Sie bitte zudem ein, wie beeinträchtigt Sie sich dadurch gerade fühlen.

Beispiel:

Augenblickliche Intensität der körperlichen Hauptbeschwerde

Keine Beschwerde											Stärkste vorstellbare Beschwerde
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Im Anschluss daran beantworten Sie bitte noch die Fragen des **Schlafprotokolls**: Notieren Sie bitte die **Uhrzeit**, zu der Sie in der vergangenen Nacht eingeschlafen sind, **wie oft** und **wie lange** Sie nachts wach waren (also nicht durchschlafen konnten) und um **wie viel Uhr** Sie am Morgen endgültig **aufwachten**.

Info zur fünften Messung des Tages (60 Minuten nach der ersten Messung):

60 Minuten nach dem Aufwachen und der ersten Speichelprobe entnehmen Sie bitte Ihre **fünfte Speichelprobe**. Geben Sie auch hier bitte die genaue Uhrzeit an. Notieren Sie anschließend, was Sie in der ersten Stunde nach dem Aufwachen gegessen haben, sowie die Uhrzeit, wann Sie die **Mahlzeit** zu sich genommen haben. Sofern Sie in der ersten Stunde nach dem Aufwachen geraucht haben, geben Sie bitte die **Anzahl gerauchter Zigaretten** an.

Info zur sechsten und letzten Messung des Tages:

Bitte beantworten Sie abschließend nach der **sechsten Speichelprobe** am Ende des Tages die Fragen zu Ihrem augenblicklichen Befinden sowie der Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde (s.o.). Geben Sie bitte des Weiteren an, wie Ihr Befinden sowie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **heute insgesamt über den Tag betrachtet** war.

Beispiel:

Befinden

Heute fühlte ich mich ...

sehr schlecht											sehr gut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Sofern Sie über den Tag geraucht oder Alkohol getrunken haben, geben Sie bitte die genaue **Anzahl der gerauchten Zigaretten** sowie die **Menge an getrunkenem Alkohol** an. Bitte notieren Sie auch die **Uhrzeit der zuletzt gerauchten Zigarette**. Geben Sie bitte an, ob und wann Sie während des Tages **Medikamente** zu sich genommen haben. Notieren Sie bitte, ob und zu welcher Uhrzeit Sie im Laufe des Tages **Sport** getrieben haben. Tragen Sie bitte auch Ihre genauen **Arbeitszeiten** ein, also die Uhrzeit des Arbeitsbeginns und des Arbeitsendes.

Im **Schlafprotokoll** füllen Sie bitte aus, ob und wann Sie tagsüber geschlafen haben. Tragen Sie auch noch ein, wie lange Sie insgesamt im Laufe des Tages (also zwischendurch) geschlafen haben.

Abschließend berichten Sie bitte kurz eventuell aufgetretene **belastende Ereignisse** während des Tages (kurze Beschreibung und Uhrzeit). Geben Sie bitte an, ob Sie **für den nächsten Tag** ein oder mehrere belastende Ereignisse erwarten (kurze Beschreibung und Uhrzeit).

Unter Bemerkungen protokollieren Sie bitte alles, was sonst

Wichtig: Notieren Sie bitte jedes Mal auch die **genaue Uhrzeit** der Speichelprobe.

Falls Sie noch Fragen zum Führen des Tagebuchs oder zur Entnahme von Speichelproben haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Ihre Ansprechpartner sind:

Dipl.-Psych. Karin Alles

Otto-Selz-Institut
Universität Mannheim

 0621-181.3403

 karin.alles@osi.uni-mannheim.de

Dipl.-Psych. Aline Bosle

Otto-Selz-Institut
Universität Mannheim

 0621-181.3411

 aline.bosle@osi.uni-mannheim.de

1. Messung: Nach dem Aufwachen (vor dem Aufstehen; noch im Liegen)

○ Salivette 1 Uhrzeit _____ : _____

2. Messung: Nach dem Aufstehen (15 Minuten später)

○ Salivette 2 Uhrzeit _____ : _____

3. Messung (30 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 3 Uhrzeit _____ : _____

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht					sehr gut					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr müde					sehr wach					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr unruhig					sehr ruhig					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde					Stärkste vorstellbare Beschwerde					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung					Völlige Beeinträchtigung					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schlafprotokoll

Wann sind Sie gestern Abend eingeschlafen? _____ : _____ (Uhrzeit)

Wie oft waren Sie heute Nacht wach? _____ (mal)

Wie lange insgesamt? _____ (Minuten)

Wann sind Sie heute endgültig aufgewacht? _____ : _____ (Uhrzeit)

4. Messung (45 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 4 Uhrzeit :

5. Messung (60 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 5 Uhrzeit :

Haben Sie seit dem Aufstehen etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? :

Wie viele Zigaretten haben Sie heute bereits geraucht? Anzahl: _____

6. Messung (Zeitpunkt des Schlafengehens)

○ Salivette 6 Uhrzeit :

Haben Sie in den letzten zwei Stunden etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? :

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht	sehr gut
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

sehr müde	sehr wach
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

sehr unruhig	sehr ruhig
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde	Stärkste vorstellbare Beschwerde
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

TAG 1 (Fortsetzung)

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Heute fühlte ich mich **insgesamt...**

sehr schlecht						sehr gut				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr müde						sehr wach				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr unruhig						sehr ruhig				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde						Stärkste vorstellbare Beschwerde				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie viele **Zigaretten** haben Sie heute insgesamt geraucht? Anzahl: _____

Wann haben Sie Ihre **letzte Zigarette** geraucht? Uhrzeit: _____ : _____

Haben Sie heute **Alkohol** getrunken? ja nein

Falls ja, wieviel? ein Glas Bier / Wein / Schnaps

zwei Gläser Bier / Wein / Schnaps

drei oder mehr Gläser Bier / Wein / Schnaps

Haben Sie heute **Medikamente** zu sich genommen?

nein

ja, gegen _____

TAG 1 (Fortsetzung)

Name des Medikaments _____

Dosis _____ Uhrzeit(en): _____ : _____ ; _____ : _____

Haben Sie heute **Sport** getrieben? ja nein
Falls ja, von _____ : _____ bis _____ : _____

Arbeitsbeginn und -ende: von _____ : _____ bis _____ : _____

Schlafprotokoll

Haben Sie heute tagsüber geschlafen? ja nein
Falls ja, wann _____ : _____ wie lange insgesamt _____ ?

Belastende Ereignisse

Gab es im Laufe des heutigen Tages Ereignisse oder Situationen, die Sie als belastend empfanden? ja nein
Falls ja, was?
.....
.....
Wann? _____ : _____

Wie belastend/stressig war das Ereignis für Sie?

Nicht belastend					sehr belastend					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Erwarten Sie für morgen ein belastendes Ereignis? ja nein
Falls ja, was?
Wann (ca.)? _____ : _____

Wie belastend/stressig wird dieses Ereignis für Sie sein?

Nicht belastend					sehr belastend					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bemerkungen:

.....

.....

1. Messung: Nach dem Aufwachen (vor dem Aufstehen; noch im Liegen)

○ Salivette 1 Uhrzeit :

2. Messung: Nach dem Aufstehen (15 Minuten später)

○ Salivette 2 Uhrzeit :

3. Messung (30 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 3 Uhrzeit :

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht					sehr gut					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr müde					sehr wach					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr unruhig					sehr ruhig					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde					Stärkste vorstellbare Beschwerde					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung					Völlige Beeinträchtigung					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schlafprotokoll

Wann sind Sie gestern Abend eingeschlafen? : (Uhrzeit)

Wie oft waren Sie heute Nacht wach? (mal)

Wie lange insgesamt? (Minuten)

Wann sind Sie heute endgültig aufgewacht? : (Uhrzeit)

TAG 2 (Fortsetzung)

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Heute fühlte ich mich **insgesamt...**

sehr schlecht						sehr gut				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr müde						sehr wach				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr unruhig						sehr ruhig				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde						Stärkste vorstellbare Beschwerde				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie viele **Zigaretten** haben Sie heute insgesamt geraucht? Anzahl: _____

Wann haben Sie Ihre **letzte Zigarette** geraucht? Uhrzeit: _____ : _____

Haben Sie heute **Alkohol** getrunken? ja nein

Falls ja, wieviel? ein Glas Bier / Wein / Schnaps

zwei Gläser Bier / Wein / Schnaps

drei oder mehr Gläser Bier / Wein / Schnaps

Haben Sie heute **Medikamente** zu sich genommen?

nein

ja, gegen _____

TAG 2 (Fortsetzung)

Name des Medikaments _____

Dosis _____ Uhrzeit(en): _____ : _____ ; _____ : _____

Haben Sie heute **Sport** getrieben? ja nein
Falls ja, von _____ : _____ bis _____ : _____

Arbeitsbeginn und -ende: von _____ : _____ bis _____ : _____

Schlafprotokoll

Haben Sie heute tagsüber geschlafen? ja nein
Falls ja, wann _____ : _____ wie lange insgesamt _____ ?

Belastende Ereignisse

Gab es im Laufe des heutigen Tages Ereignisse oder Situationen, die Sie als belastend empfanden? ja nein
Falls ja, was?
.....
.....
Wann? _____ : _____

Wie belastend/stressig war das Ereignis für Sie?

Nicht belastend						sehr belastend				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Erwarten Sie für morgen ein belastendes Ereignis? ja nein
Falls ja, was?
Wann (ca.)? _____ : _____

Wie belastend/stressig wird dieses Ereignis für Sie?

Nicht belastend						sehr belastend				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bemerkungen:

.....
.....

1. Messung: Nach dem Aufwachen (vor dem Aufstehen; noch im Liegen)

○ Salivette 1 Uhrzeit _____ : _____

2. Messung: Nach dem Aufstehen (15 Minuten später)

○ Salivette 2 Uhrzeit _____ : _____

3. Messung (30 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 3 Uhrzeit _____ : _____

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht					sehr gut					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr müde					sehr wach					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr unruhig					sehr ruhig					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde					Stärkste vorstellbare Beschwerde					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung					Völlige Beeinträchtigung					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schlafprotokoll

Wann sind Sie gestern Abend eingeschlafen? _____ : _____ (Uhrzeit)

Wie oft waren Sie heute Nacht wach? _____ (mal)

Wie lange insgesamt? _____ (Minuten)

Wann sind Sie heute endgültig aufgewacht? _____ : _____ (Uhrzeit)

4. Messung (45 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 4 Uhrzeit :

5. Messung (60 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 5 Uhrzeit :

Haben Sie seit dem Aufstehen etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? :

Wie viele Zigaretten haben Sie heute bereits geraucht? Anzahl: _____

6. Messung (Zeitpunkt des Schlafengehens)

○ Salivette 6 Uhrzeit :

Haben Sie in den letzten zwei Stunden etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? :

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht											sehr gut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

sehr müde											sehr wach
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

sehr unruhig											sehr ruhig
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde											Stärkste vorstellbare Beschwerde
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Tag 3 (Fortsetzung)

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Heute fühlte ich mich **insgesamt ...**

sehr schlecht						sehr gut				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr müde						sehr wach				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr unruhig						sehr ruhig				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde						Stärkste vorstellbare Beschwerde				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie viele **Zigaretten** haben Sie heute insgesamt geraucht? Anzahl: _____

Wann haben Sie Ihre **letzte Zigarette** geraucht? Uhrzeit: _____:

Haben Sie heute **Alkohol** getrunken? ja nein

Falls ja, wieviel? ein Glas Bier / Wein / Schnaps

zwei Gläser Bier / Wein / Schnaps

drei oder mehr Gläser Bier / Wein / Schnaps

Haben Sie heute **Medikamente** zu sich genommen?

nein

ja, gegen _____

Tag 3 (Fortsetzung)

Name des Medikaments _____

Dosis _____ Uhrzeit(en): _____ : _____ ; _____ : _____

Haben Sie heute **Sport** getrieben? ja nein
Falls ja, von _____ : _____ bis _____ : _____

Arbeitsbeginn und -ende: von _____ : _____ bis _____ : _____

Schlafprotokoll

Haben Sie heute tagsüber geschlafen? ja nein
Falls ja, wann _____ : _____ wie lange insgesamt _____ ?

Belastende Ereignisse

Gab es im Laufe des heutigen Tages Ereignisse oder Situationen, die Sie als belastend empfanden? ja nein
Falls ja, was?
.....
.....
Wann? _____ : _____

Wie belastend/stressig war das Ereignis für Sie?

Nicht belastend											sehr belastend
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Erwarten Sie für morgen ein belastendes Ereignis? ja nein
Falls ja, was?
Wann (ca.)? _____ : _____

Wie belastend/stressig wird dieses Ereignis für Sie?

Nicht belastend											sehr belastend
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Bemerkungen:

.....
.....

1. Messung: Nach dem Aufwachen (vor dem Aufstehen; noch im Liegen)

Salivette 1 Uhrzeit _____ : _____

2. Messung: Nach dem Aufstehen (15 Minuten später)

Salivette 2 Uhrzeit _____ : _____

3. Messung (30 Minuten nach dem Aufstehen)

Salivette 3 Uhrzeit _____ : _____

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht										sehr gut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr müde										sehr wach
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr unruhig										sehr ruhig
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde								Stärkste vorstellbare Beschwerde		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung					Völlige Beeinträchtigung					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schlafprotokoll

Wann sind Sie gestern Abend eingeschlafen? _____ : _____ (Uhrzeit)

Wie oft waren Sie heute Nacht wach? _____ (mal)

Wie lange insgesamt? _____ (Minuten)

Wann sind Sie heute endgültig aufgewacht? _____ : _____ (Uhrzeit)

4. Messung (45 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 4 Uhrzeit :

5. Messung (60 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 5 Uhrzeit :

Haben Sie seit dem Aufstehen etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? :

Wie viele Zigaretten haben Sie heute bereits geraucht? Anzahl: _____

6. Messung (Zeitpunkt des Schlafengehens)

○ Salivette 6 Uhrzeit :

Haben Sie in den letzten zwei Stunden etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? :

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht											sehr gut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

sehr müde											sehr wach
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

sehr unruhig											sehr ruhig
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde											Stärkste vorstellbare Beschwerde
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Tag 4 (Fortsetzung)

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Heute fühlte ich mich **insgesamt**...

sehr schlecht						sehr gut				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr müde						sehr wach				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr unruhig						sehr ruhig				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde						Stärkste vorstellbare Beschwerde				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie viele **Zigaretten** haben Sie heute insgesamt geraucht? Anzahl: _____

Wann haben Sie Ihre **letzte Zigarette** geraucht? Uhrzeit: _____ : _____

Haben Sie heute **Alkohol** getrunken? ja nein

Falls ja, wieviel? ein Glas Bier / Wein / Schnaps

zwei Gläser Bier / Wein / Schnaps

drei oder mehr Gläser Bier / Wein / Schnaps

Haben Sie heute **Medikamente** zu sich genommen?

nein

ja, gegen _____

Tag 4 (Fortsetzung)

Name des Medikaments _____

Dosis _____ Uhrzeit(en): _____ : _____ ; _____ : _____

Haben Sie heute **Sport** getrieben? ja nein

Falls ja, von _____ : _____ bis _____ : _____

Arbeitsbeginn und -ende: von _____ : _____ bis _____ : _____

Schlafprotokoll

Haben Sie heute tagsüber geschlafen? ja nein

Falls ja, wann _____ : _____ wie lange insgesamt _____ ?

Belastende Ereignisse

Gab es im Laufe des heutigen Tages Ereignisse oder Situationen, die Sie als belastend empfanden? ja nein

Falls ja, was?
.....
.....

Wann? _____ : _____

Wie belastend/stressig war das Ereignis für Sie?

Nicht belastend											sehr belastend
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Erwarten Sie für morgen ein belastendes Ereignis? ja nein

Falls ja, was?

Wann (ca.)? _____ : _____

Wie belastend/stressig wird dieses Ereignis für Sie?

Nicht belastend											sehr belastend
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Bemerkungen:

.....
.....

1. Messung: Nach dem Aufwachen (vor dem Aufstehen; noch im Liegen)

○ Salivette 1 Uhrzeit :

2. Messung: Nach dem Aufstehen (15 Minuten später)

○ Salivette 2 Uhrzeit :

3. Messung (30 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 3 Uhrzeit :

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht					sehr gut					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr müde					sehr wach					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr unruhig					sehr ruhig					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde					Stärkste vorstellbare Beschwerde					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung					Völlige Beeinträchtigung					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schlafprotokoll

Wann sind Sie gestern Abend eingeschlafen? : (Uhrzeit)

Wie oft waren Sie heute Nacht wach? (mal)

Wie lange insgesamt? (Minuten)

Wann sind Sie heute endgültig aufgewacht? : (Uhrzeit)

4. Messung (45 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 4 Uhrzeit _____ : _____

5. Messung (60 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 5 Uhrzeit _____ : _____

Haben Sie seit dem Aufstehen etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? _____ : _____

Wie viele Zigaretten haben Sie heute bereits geraucht? Anzahl: _____

6. Messung (Zeitpunkt des Schlafengehens)

○ Salivette 6 Uhrzeit _____ : _____

Haben Sie in den letzten zwei Stunden etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? _____ : _____

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht										sehr gut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr müde										sehr wach
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr unruhig										sehr ruhig
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde										Stärkste vorstellbare Beschwerde
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tag 5 (Fortsetzung)

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Heute fühlte ich mich **insgesamt...**

sehr schlecht						sehr gut				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr müde						sehr wach				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr unruhig						sehr ruhig				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde						Stärkste vorstellbare Beschwerde				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie viele **Zigaretten** haben Sie heute insgesamt geraucht? Anzahl: _____

Wann haben Sie Ihre **letzte Zigarette** geraucht? Uhrzeit: _____:_____

Haben Sie heute **Alkohol** getrunken? ja nein

Falls ja, wieviel? ein Glas Bier / Wein / Schnaps

zwei Gläser Bier / Wein / Schnaps

drei oder mehr Gläser Bier / Wein / Schnaps

Haben Sie heute **Medikamente** zu sich genommen?

nein

ja, gegen _____

Tag 5 (Fortsetzung)

Name des Medikaments _____

Dosis _____ Uhrzeit(en): _____ : _____ ; _____ : _____

Haben Sie heute **Sport** getrieben? ja nein

Falls ja, von _____ : _____ bis _____ : _____

Arbeitsbeginn und -ende: von _____ : _____ bis _____ : _____

Schlafprotokoll

Haben Sie heute tagsüber geschlafen? ja nein

Falls ja, wann _____ : _____ wie lange insgesamt _____ ?

Belastende Ereignisse

Gab es im Laufe des heutigen Tages Ereignisse oder Situationen, die Sie als belastend empfanden? ja nein

Falls ja, was?
.....
.....

Wann? _____ : _____

Wie belastend/stressig war das Ereignis für Sie?

Nicht belastend											sehr belastend
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Erwarten Sie für morgen ein belastendes Ereignis? ja nein

Falls ja, was?

Wann (ca.)? _____ : _____

Wie belastend/stressig wird dieses Ereignis für Sie?

Nicht belastend											sehr belastend
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Bemerkungen:

.....
.....

1. Messung: Nach dem Aufwachen (vor dem Aufstehen; noch im Liegen)

○ Salivette 1 Uhrzeit _____ : _____

2. Messung: Nach dem Aufstehen (15 Minuten später)

○ Salivette 2 Uhrzeit _____ : _____

3. Messung (30 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 3 Uhrzeit _____ : _____

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht										sehr gut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr müde										sehr wach
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sehr unruhig										sehr ruhig
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde										Stärkste vorstellbare Beschwerde
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung										Völlige Beeinträchtigung
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schlafprotokoll

Wann sind Sie gestern Abend eingeschlafen? _____ : _____ (Uhrzeit)

Wie oft waren Sie heute Nacht wach? _____ (mal)

Wie lange insgesamt? _____ (Minuten)

Wann sind Sie heute endgültig aufgewacht? _____ : _____ (Uhrzeit)

4. Messung (45 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 4 Uhrzeit _____ : _____

5. Messung (60 Minuten nach dem Aufstehen)

○ Salivette 5 Uhrzeit _____ : _____

Haben Sie seit dem Aufstehen etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? _____ : _____

Wie viele Zigaretten haben Sie heute bereits geraucht? Anzahl: _____

6. Messung (Zeitpunkt des Schlafengehens)

○ Salivette 6 Uhrzeit _____ : _____

Haben Sie in den letzten zwei Stunden etwas gegessen? ja nein

Falls ja, was?

Wann? _____ : _____

Im Moment fühle ich mich ...

sehr schlecht										sehr gut
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr müde										sehr wach
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr unruhig										sehr ruhig
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **jetzt aktuell** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde										Stärkste vorstellbare Beschwerde
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tag 6 (Fortsetzung)

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **jetzt aktuell** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Heute fühlte ich mich **insgesamt...**

sehr schlecht						sehr gut				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr müde						sehr wach				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sehr unruhig						sehr ruhig				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die Intensität Ihrer körperlichen Hauptbeschwerde **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wenn 0 = keine Beschwerden und 10 = stärkste vorstellbare Beschwerden bedeuten?

Keine Beschwerde						Stärkste vorstellbare Beschwerde				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie würden Sie die durch Ihre Hauptbeschwerde bedingten Beeinträchtigungen Ihrer alltäglichen Aktivitäten **heute während des Tages insgesamt** auf einer Skala einschätzen, wenn 0 = keine Beeinträchtigung und 10 = völlige Beeinträchtigung bedeuten?

Keine Beeinträchtigung						Völlige Beeinträchtigung				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie viele **Zigaretten** haben Sie heute insgesamt geraucht? Anzahl: _____

Wann haben Sie Ihre **letzte Zigarette** geraucht? Uhrzeit: _____:_____

Haben Sie heute **Alkohol** getrunken? ja nein

Falls ja, wieviel? ein Glas Bier / Wein / Schnaps

zwei Gläser Bier / Wein / Schnaps

drei oder mehr Gläser Bier / Wein / Schnaps

Haben Sie heute **Medikamente** zu sich genommen?

nein

ja, gegen _____

Tag 6 (Fortsetzung)

Name des Medikaments _____

Dosis _____ Uhrzeit(en): _____ : _____ ; _____ : _____

Haben Sie heute **Sport** getrieben? ja nein

Falls ja, von _____ : _____ bis _____ : _____

Arbeitsbeginn und -ende: von _____ : _____ bis _____ : _____

Schlafprotokoll

Haben Sie heute tagsüber geschlafen? ja nein

Falls ja, wann _____ : _____ wie lange insgesamt _____ ?

Belastende Ereignisse

Gab es im Laufe des heutigen Tages Ereignisse oder Situationen, die Sie als belastend empfanden? ja nein

Falls ja, was?
.....
.....

Wann? _____ : _____

Wie belastend/stressig war das Ereignis für Sie?

Nicht belastend											sehr belastend
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Erwarten Sie für morgen ein belastendes Ereignis? ja nein

Falls ja, was?

Wann (ca.)? _____ : _____

Wie belastend/stressig wird dieses Ereignis für Sie?

Nicht belastend											sehr belastend
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Bemerkungen:

.....
.....

TAG 2 (Fortsetzung)

Wenn Sie Ihr Tagebuch vollständig ausgefüllt haben, fahren Sie bitte fort mit den folgenden Fragen:

Zum Tagebuch:

	ja	nein
Mir ist die Einhaltung der Messzeitpunkte schwergefallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal habe ich später ausgefüllt als vorgegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal habe ich erst am Abend für das Ausfüllen Zeit gefunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fand die Tagesprotokolle sehr zeitaufwändig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war mir oft nicht möglich, die Fragen sofort auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tagebuch hat mich in meinem Alltag gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tagebuch hat mich bei der Arbeit gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte andere Probleme mit dem Tagebuch (falls ja, bitte erläutern):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe folgende Verbesserungsvorschläge für das Tagebuch:

Zur Messung der Herzfrequenzvariabilität mit der Polaruhr:

	ja	nein
Ich bin mit der Messung gut zurechtgekommen und hatte keine Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Durchführung der Messung (falls ja, bitte erläutern):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich fand die Messung zu zeitaufwändig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Polaruhr hat mich in meinem Alltag gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Polaruhr hat mich bei der Arbeit gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemein:

Ich würde wieder an einer solchen Studie teilnehmen ja nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!