

# RLS Wochen-Protokoll

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>RLS Symptom Stärke</b>	max	10 10 10 10	10 10 10 10	10 10 10 10	10 10 10 10	10 10 10 10	10 10 10 10
		9 9 9 9	9 9 9 9	9 9 9 9	9 9 9 9	9 9 9 9	9 9 9 9
		8 8 8 8	8 8 8 8	8 8 8 8	8 8 8 8	8 8 8 8	8 8 8 8
		7 7 7 7	7 7 7 7	7 7 7 7	7 7 7 7	7 7 7 7	7 7 7 7
		6 6 6 6	6 6 6 6	6 6 6 6	6 6 6 6	6 6 6 6	6 6 6 6
		5 5 5 5	5 5 5 5	5 5 5 5	5 5 5 5	5 5 5 5	5 5 5 5
		4 4 4 4	4 4 4 4	4 4 4 4	4 4 4 4	4 4 4 4	4 4 4 4
		3 3 3 3	3 3 3 3	3 3 3 3	3 3 3 3	3 3 3 3	3 3 3 3
		2 2 2 2	2 2 2 2	2 2 2 2	2 2 2 2	2 2 2 2	2 2 2 2
		1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1
min	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0
Uhrzeit	6-12 12-18 18-24 0-6	6-12 12-18 18-24 0-6	6-12 12-18 18-24 0-6	6-12 12-18 18-24 0-6	6-12 12-18 18-24 0-6	6-12 12-18 18-24 0-6	6-12 12-18 18-24 0-6
Schlafdauer							
Medikation Dosis							
Sport							
Tagesschlaf							
Kaffee/Tee							
Alkohol							
Bemerkung							