

**Bjoern Steinbrink**  
**Schlaftrainer und Coach**  
**c/o Der Schlafraum GmbH**  
Morianstrasse 45  
42103 Wuppertal  
Fon 0202 44 26 00  
[www.derschlaftrainer.de](http://www.derschlaftrainer.de)

 **Der Schlafraum**  
*Berater für Ihren gesunden Schlaf*

# Fragebogen für individuelles Schlafscoring

Das Schlafcoachingkonzept von Bjoern Steinbrink  
für Leistungs- und Breitensportler.

**1. Wie viele Stunden schlafen sie pro Nacht innerhalb der Woche?**

- 5 – 6 Std.  7 – 8 Std.  8 – 9 Std.

**2. Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht am Wochenende?**

- 5 – 6 Std.  7 – 8 Std.  8 – 9 Std.

**3. Wann gehen Sie zu Bett?**

- 21 – 22 Uhr  22 – 23 Uhr  nach 23 Uhr

**4. Wann stehen Sie auf?**

- 5 – 6 Uhr  6 – 7 Uhr  nach 8 Uhr

**5. Wann essen Sie zu Abend?**

- 17.30 – 18.30 Uhr  18.30 – 19.30 Uhr  
 nach 19.30 Uhr

**6. Was Essen Sie zu Abend?**

- mehr kalte Speisen  mehr warme Speisen

**7. Was trinken Sie abends?**

- Wasser  Saft  Schorle  Wein  
 Bier  Sonstiges

**8. Wie viel trinken Sie nach 19 Uhr insgesamt?**

- 0,2 – 0,5 L  0,5 – 1,0 L  über 1,0 L

**9. Treiben Sie Sport?**

- ja  unregelmäßig  nein

**9.1. Welche Sportart(en)?**

- Schwimmen  Laufen  Fitnesskurse  
 Rückentraining  Tennis  Walking  
 Ballsport  Leichtathletik  Kraftsport  
 Inlinern  Sonstiges

**9.2. Wie oft die Woche?**

- 1 Mal  1 – 2 Mal  2 – 3 Mal  über 3 Mal

**9.3. Zu welchen Zeiten treiben Sie Sport?**

- bis 9 Uhr  im Laufe des Tages  
 vor 18 Uhr  nach 18 Uhr

**9.4. Wann endet die letzte Trainingseinheit?**

- vor 18 Uhr  vor 19 Uhr  nach 19 Uhr

**10. Ist es in Ihrem Schlafzimmer absolut dunkel?**

- ja  nein

**11. Bis wie viel Uhr schauen Sie abends fern?**

- bis 21 Uhr  bis 22 Uhr  
 bis 23 Uhr  nach 23 Uhr

**12. Lesen Sie abends?**

- ja  nein

**12.1. Was?**

- Fachbücher  Romane  
 Zeitung  Nachrichten

**12.2. Lesen Sie auf dem Smartphone?**

- ja  nein

**13. Wann schauen Sie zuletzt auf Ihr Smartphone?**

- vor 20 Uhr  vor 21 Uhr  
 vor 22 Uhr  nach 22 Uhr

**14. Welche Temperatur hat Ihr Schlafzimmer durchschnittlich im Sommer?**

- bis 18°  bis 20°  über 20°

**15. Welche Temperatur hat Ihr Schlafzimmer durchschnittlich im Winter?**

- unter 15°  unter 18°  über 18°

**16. Schlafen Sie mit Socken?**

- ja  nein

**17. Cremem Sie regelmäßig Ihre Füße ein?**

- ja  nein

**18. Wurden Sie bei Ihrem letzten Matratzenkauf vermessen?**

- ja  nein

**19. Haben sie das gleiche Matratzenmodell wie ihr Partner?**

- ja  Ja, aber anderer Härtegrad.  nein

**20. Wie groß ist Ihr Bett?**

- 140 x 200 cm  160 x 200 cm  
 180 x 200 cm  200 x 200 cm

**21. Wie Groß ist Ihre Bettdecke?**

- 135 x 200 cm  155 x 220 cm  200 x 240 cm

**22. Welches Licht haben Sie im Badezimmer?**

- hell  mittel  dunkel

**23. Welches Licht haben Sie im Schlafzimmer?**

- hell  mittel  dunkel

**24. Stehen noch andere Dinge in Ihrem Schlafzimmer ausser dem Bett und einem geschlossenen Schrank?**

- ja  nein

**25. Drehen Sie sich nachts häufig?**

- ja  nein

**26. Wie ist Ihre bevorzugte Schlafposition?**

- Rücken  Seite  Bauch

**27. Liegen Sie lieber weicher oder fester?**

- weich  fest

**28. Wie lange liegen Sie wach, bevor Sie einschlafen?**

- bis 5 Min.  bis 15 Min.  
 bis 30 Min.  über 30 Min.

**29. Schlafen Sie mit Musik, dem TV oder einem Hörspiel ein?**

- ja  teilweise  nein

**30. Schnarchen Sie?**

- ja  teilweise  nein

**31. Gibt es Gründe die erholsames Schlafen verhindern? (Stress, Probleme, diverse Gedanken)**

- ja  nein

**32. Knirschen Sie mit den Zähnen?**

- ja  nein

**32.1. Wenn ja, haben sie eine Beißschiene?**

- ja  nein

**33. Nehmen Sie Schlafmittel ein?**

- ja  nein

**34. Wie oft stehen Sie denn nachts auf, um auf Toilette zu gehen?**

- garnicht  1 mal  
 2 mal  mehr als 2 mal

**35. Welche dieser Eigenschaften ist bei Ihnen stark ausgeprägt?**

- hoher Leistungsanspruch  ungeduld  
 Genauigkeit  Pünktlichkeit  
 keine der Eigenschaften

**36. Rauchen Sie?**

- ja  nein

**36.1. Wenn ja, was?**

