Poradnia Zaburzeń Snu
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie, ul. Sobieskiego 9
Dr Adam Wichniak: 4582-654
Dr Wojciech Jernajczyk 4582-742

Imię i Nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Czas badania od: ..... do .....

Prosimy o wypełnianie dzienniczka **codziennie rano** i zwrot wypełnionego dzienniczka na następnej wizycie

Data	O której godzinie położył/a się Pan/Pani wczoraj wieczorem do łóżka?	O której godzinie wstał/a Pan/Pani z łóżka dzisiaj rano?	Jak długi był Pana/Pani sen ostatniej nocy (w godzinach)?	Jak długo trwało zaśnięcie (w minutach)?	Jak ocenia Pan/Pani jakość snu ostatniej nocy w skali: 1= jakość snu bardzo zła, 2=zła; 3=dostateczna, 4=dobra, 5= bardzo dobra	W tym polu może Pan/Pani wpisać swoje uwagi/ przyjmowane leki
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	
					① ② ③ ④ ⑤	