|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AKTIVITETER | Mandag | Tirsdag | Onsdag | Torsdag | Fredag | Lørdag | Søndag |
| Hvor mange timers søvn fik du i nat? |  |  |  |  |  |  |  |
| Hvad tid stod du op i dag? |  |  |  |  |  |  |  |
| Hvordan vil du vurdere din søvnkvalitet *Dårlig / Ok / God* |  |  |  |  |  |  |  |
| Hvilke aktiviteter har du haft i løbet af dagen (fx arbejde, indkøb, fysisk træning, sociale arrangementer)? |  |  |  |  |  |  |  |
| Er der tidspunkter på dagen, hvor du har følt dig særlig træt? Hvornår?  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hvordan føltes den træthed? (fx fysisk træt i kroppen, mentalt træt, inaktiv eller mangel på overskud og motivation) |  |  |  |  |  |  |  |
| Har du hvilet dig i løbet af dagen? Hvis ja, hvornår og hvor længe? |  |  |  |  |  |  |  |
| Har du lavet nogle særlige aktiviteter i dag, som du mistænker for, at have forværret din træthed? |  |  |  |  |  |  |  |
| Har du lavet særlige aktiviteter, som du fornemmer, har være gode for dig i forhold til din træthed? |  |  |  |  |  |  |  |
| Andre faktorer, som du mener, kan have haft indflydelse på, hvordan du har haft det i dag. |  |  |  |  |  |  |  |

PP-GIP-DNK-0043