

Wie sieht es mit Ihrer Gelassenheit aus?

Ihr Name und Ihr Alter bitte.	
Str./PLZ/Wohnort	
Telefon	
Emailadresse	

Bitte die jeweilige Punktzahl unterstreichen oder einkreisen:

Wie oft stehen Sie unter Zeitdruck?

Ich habe keinen Zeitdruck (0) Oft (3) Selten (1) Manchmal (2)

Wie oft sind Sie abends total erledigt?

Nie (0) Manchmal (2) Selten (1) Oft (3)

Wie viele Stunden schlafen Sie in der Nacht?

ca. 6-8 Std. (0) weniger als 6 Std. (2) weniger als 4 Std. (3)

Ich bin immer gut ausgeschlafen (1)

Wie oft können Sie sich abends aufraffen, um sich zu bewegen?

Selten (3) 1x die Woche (2) Sehr oft (1) Jeden Tag (0)

Haben Sie genügend Zeit für Ihre privaten Interessen?

Ja, total (0) Manchmal (1) Nein, kaum Zeit (3) Ganz selten (2)

Was tun Sie um zu abzuspannen?

Chillen auf der Couch (3) Mit Freunden treffen (1) Sport & Bewegung (0)

Essen gehen (2)

Wie oft haben Sie Nackenverspannungen und/oder Rückenschmerzen?

Ich habe keine (0) Selten (1) Oft (3) Manchmal (2)

Wie oft haben Sie Einschlafschwierigkeiten?

Manchmal (2) Ziemlich oft (3) Gar nicht (0) Sehr selten (1)

Wie oft sind Sie genervt?

Nie, ich bin die Ruhe selbst (0) Manchmal (1) Dauernd (3) Öfters (2)

Wie oft kümmern Sie sich ausschließlich um sich selbst?

Oft (0) Gar nicht (3) Manchmal (2) Öfters (1)

Gesamtpunktzahl bitte eintragen: _____