

Fragebogen: Check-Up Alltagsqualität in der Woche

Bitte beobachten Sie sich in der kommenden Woche und beantworten Sie die Fragen für jeden Wochentag.

Schraffieren Sie die entsprechenden Flächen für die einzelnen Tage mit „rot“ oder „grün“.

Falls Sie sich nicht mehr erinnern können, schraffieren Sie mit „rot“.

Check-Up Alltagsqualität	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
In welcher Verfassung sind Sie aufgewacht?							
Ausgeruht (grün) oder kaputt (rot)?							
Haben Sie gefrühstückt?							
Ja (grün), nein (rot)							
Haben Sie den Morgen in Ruhe (grün) oder in Hetze (rot) verbracht?							
Haben Sie sich Zeit fürs Mittagessen genommen? Ja (grün), nein (rot)							
War es ein gesundes Essen?							
Ja (grün), nein (rot)							
Haben Sie sich tagsüber kurze Erholungspausen gemacht? Ja (grün), nein (rot)							
Haben Sie viel geraucht?							
Ja (rot), nein (grün)							
Haben Sie viel Süßigkeiten, Chips etc. gegessen?							
Ja (rot), nein (grün)							
Haben Sie tagsüber oder nach Feierabend Bewegung gehabt? Ja (grün), nein (rot)							
Hatten Sie Probleme mit Ihrer Verdauung?							
Ja (rot), nein (grün)							
Haben Sie sich Zeit fürs Abendessen genommen? Ja (grün), nein (rot)							
War es ein gesundes Essen?							
Ja (grün), nein (rot)							
Hatten Sie an diesem Tag Stress?							
Ja (rot), nein (grün)							
Konnten Sie ihn ausgleichen?							
Ja (grün), nein (rot)							
Haben Sie am Feierabend bewusst etwas für Sie Erholsames gemacht? Ja (grün), nein (rot)							

Haben Sie etwas körperlich Wohltuendes (Bad, Sauna, Massage, Körperpflege, Fitness) für sich getan? Ja (grün), nein (rot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie heute genug Zeit für sich selbst gehabt? Ja (grün), nein (rot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu viel Alkohol getrunken? Ja (rot), nein (grün)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie rechtzeitig ins Bett gegangen? Ja (grün), nein (rot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brauchen Sie zum Einschlafen/ Durchschlafen Tabletten? Ja (rot), nein (grün)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>