**Persönlicher Belastungs-Check**

**Arbeit ja nein**

Arbeiten Sie mehr als 50 Stunden pro Woche? [ ]  [ ]

Haben Sie wenig Zeit für Pausen? [ ]  [ ]

Arbeiten Sie regelmäßig abends oder am Wochenende? [ ]  [ ]

Machen Sie mehr Fehler bei der Arbeit als früher? [ ]  [ ]

Fühlen Sie sich durch das persönliche Arbeitsvolumen überlastet? [ ]  [ ]

Fühlen Sie sich durch das persönliche Arbeitsvolumen nicht ausgelastet? [ ]  [ ]

Ist Ihre Auftragslage unbefriedigend? [ ]  [ ]

Ist Ihre finanzielle Situation/Zukunftsperspektive unbefriedigend? [ ]  [ ]

**Familie/Freunde ja nein**

Haben Sie zu wenig Zeit für Familie/Freunde? [ ]  [ ]

Fehlt Ihnen Verständnis und Unterstützung durch Ihre Familie/Freunde? [ ]  [ ]

Ziehen Ihre Familie/Ihre Freunde sich zurück? [ ]  [ ]

**Körper ja nein**

Haben Sie zu wenig Zeit für Sport, Bewegung, Hobbies? [ ]  [ ]

Schlafen Sie zu wenig? [ ]  [ ]

Haben Sie ungesunde Essgewohnheiten? [ ]  [ ]

Haben Sie zugenommen? [ ]  [ ]

Rauchen Sie mehr als früher? [ ]  [ ]

Trinken Sie mehr Alkohol als früher? [ ]  [ ]

**Befindlichkeit ja nein**

Empfinden Sie eine allgemeine Unzufriedenheit (irgendetwas fehlt in meinem Leben)? [ ]  [ ]

Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Zeit davonläuft? [ ]  [ ]

Haben Sie keine Lust mehr zu arbeiten? [ ]  [ ]

Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? [ ]  [ ]

Fehlt Ihnen in einigen Bereichen die Selbstdisziplin? [ ]  [ ]

Können Sie nach der Arbeit nicht abschalten und grübeln über die Arbeit nach? [ ]  [ ]

Haben Sie Ein- und Durchschlafprobleme? [ ]  [ ]

**Je mehr Fragen Sie mit „ja“ beantworten, desto eher sollten Sie Ihr Arbeitsleben verändern!**