

# Checken Sie Ihr Stress-Level!

## Wie hoch ist Ihr Stress-Level?

Wie oft denken Sie zuhause an die Arbeit?

selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft stehen Sie unter Zeitdruck?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie oft erleben Sie Situationen, in denen Sie sich überfordert fühlen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie oft fühlen Sie sich niedergeschlagen und antriebslos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie oft fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie oft leiden Sie unter Muskelverspannungen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## Welcher Stress-Typ sind Sie?

(A) Haben Sie Probleme mit dem Magen oder der Verdauung? (Schmerzen, Blähungen)

selten	gelegentlich	häufig	sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(B) Wie oft sind Sie erkältet, leiden an Herpes oder anderen Infekten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(C) Wirkt sich Stress bei Ihnen auf Blutdruck oder Herz aus? (Rasen, Stolpern)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(D) Wie oft haben Sie Probleme mit dem Ein- bzw. Durchschlafen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### Auswertung:

selten = 0 Punkte

häufig = 2 Punkte

gelegentlich = 1 Punkte

sehr häufig = 3 Punkte



### Stress-Level:

0 - 5 Punkte: leichtes Stress-Level

6 - 10 Punkte: mittleres Stress-Level

11 - 18 Punkte: hohes Stress-Level

### Stress-Typ:

Die Bereiche mit der höchsten Punktzahl sind derzeit am stärksten von Stress betroffen.