

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)01. Umgang mit Stress

Stress gehört zum Leben – entscheidend ist, wie wir damit umgehen. Resilienz bezeichnet die innere Widerstandskraft, die uns hilft, Belastungen zu bewältigen und gestärkt daraus hervorzugehen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob Stress dich lähmt oder ob du konstruktive Strategien nutzt und dich erholst, um langfristig gesund zu bleiben.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass ich Stress nicht bewältigen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Muss alles perfekt laufen, damit ich mich entspannt fühlen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sehe ich Herausforderungen primär als Bedrohungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich oft, dass ich keine Kontrolle über mein Leben habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich mich oft von Anforderungen überwältigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erlebe ich häufig innere Unruhe oder Nervosität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Verliere ich bei Stress sofort meine Zuversicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich hilflos, wenn mehrere Anforderungen gleichzeitig auf mich zukommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Reagiere ich mit Rückzug, wenn Stress auftritt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fehlen mir gesunde Entspannungsstrategien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Verdränge ich Probleme, statt sie anzugehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Verliere ich in stressigen Zeiten den Überblick? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Ignoriere ich körperliche Stresssignale (Herzrasen, Verspannung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vernachlässige ich Schlaf und Erholung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Fällt es mir schwer, Anspannung abzubauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Erlebe ich körperliche Erschöpfung als Normalzustand? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Meine ich, immer alles allein schaffen zu müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fehlen mir Menschen, die mir Halt geben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Belaste ich meine Beziehungen mit meinen Stressreaktionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Verschweige ich, wenn mir etwas zu viel wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Fehlen mir Strategien zum Umgang mit Rückschlägen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Zweifle ich daran, dass ich Krisen bewältigen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Fühle ich mich langfristig durch Stress geschwächt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Sehe ich mich als schwach und wenig belastbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Schwäche zeigen versagen bedeutet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)02. Umgang mit Misserfolgen & Rückschlägen

Misserfolge sind unvermeidlich – entscheidend ist, wie wir damit umgehen. Rückschläge können uns entmutigen oder langfristig stärken. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dich durch Niederlagen entmutigen lässt, ob du sie als Lernchancen begreifst und ob Resilienz und Akzeptanz dir helfen, nach Rückschlägen aufzustehen und dein Vertrauen ins Leben zu bewahren.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft über Misserfolge nach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass Rückschläge mein Können infrage stellen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mache ich mich nach Niederlagen in Gedanken klein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Glaube ich, dass Fehler vermeidbar sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Empfinde ich nach Rückschlägen ein Gefühl von Scham? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fällt es mir schwer, Stolz zu fühlen, wenn ich nach einem Rückschlag weitermache? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Habe ich Angst vor erneuten Fehlern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Verliere ich nach Misserfolgen alle Hoffnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Führen Rückschläge bei mir zu Resignation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vermeide ich es aus Angst vor Fehlern, Neues auszuprobieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Habe ich Schwierigkeiten, aus Fehlern zu lernen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Gebe ich schnell auf, wenn es schwierig wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich nach Misserfolgen körperliche Anspannung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Lähmen mich Hindernisse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Habe ich Stresssymptome, wenn ich einen Fehler gemacht habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fühle ich mich nach überwundenen Krisen eher schwächer als stärker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Verstecke ich meine Niederlagen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bin ich mit meinen Rückschlägen allein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Habe ich Angst, wegen meiner Misserfolge abgelehnt zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Denke ich, dass meine Misserfolge eine Kluft zwischen mir und anderen schaffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, das Rückschläge mich auf lange Sicht schwächen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Kann ich trotz überwundener Krisen langfristig kein Vertrauen fassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Finde ich Fehler im Leben generell inakzeptabel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Sind Misserfolge ausschliesslich etwas Negatives? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Fehler Versagen bedeuten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)03. Umgang mit Trauer & Verlust

Trauer und Verlust gehören zum Leben, doch der Umgang damit variiert stark. Während Innehalten und Reflektieren natürlich ist, können übermässig lange Trauerprozesse das Leben blockieren. Dieser Fragebogen hilft dir dabei zu erkennen, ob du Verluste konstruktiv verarbeitest oder dich in destruktiven Trauermustern verlierst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Kreisen meine Gedanken wochenlang um einen Verlust oder ein negatives Ereignis?
- 2. Glaube ich, dass intensive Trauer zeigt, wie sehr ich jemanden geliebt habe?
- 3. Überlege ich oft, wie das Leben wäre, wenn der Verlust nicht eingetreten wäre?
- 4. Belastet es mich, die langfristigen Folgen meines Handelns nicht zu kennen?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Fühle ich mich schuldig, wenn ich nicht ausreichend um einen Verlust trauere?
- 6. Finde ich es respektlos, nach einem Verlust schnell wieder normal weiterzuleben?
- 7. Geniesse ich Aufmerksamkeit und Mitgefühl, die ich während der Trauer erhalte?
- 8. Fühle ich mich verpflichtet, meine Trauer öffentlich zu zeigen?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Verbringe ich Stunden damit, in Erinnerungen zu schwelgen oder Fotos anzuschauen?
- 10. Kaufe ich infolge meiner Trauer teure Gegenstände oder Dienstleistungen?
- 11. Erwarte ich von anderen, dass sie meine Trauer teilen und mit mir leiden?
- 12. Plane ich nicht in die Zukunft, weil ich zu sehr mit der Vergangenheit beschäftigt bin?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Vernachlässige ich meine Gesundheit oder meine Hygiene während einer Trauerphase?
- 14. Weine ich häufig und lange, auch Wochen oder Monate nach einem Verlust?
- 15. Fühle ich mich körperlich erschöpft von intensiven Trauerprozessen?
- 16. Geniesse ich das Gefühl des Weinens und der emotionalen Intensität?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Belastet mich andere Menschen dauerhaft mit meiner Trauer?
- 18. Erwarte ich, dass andere ihre Pläne ändern oder Rücksicht auf meine Trauer nehmen?
- 19. Ziehe ich andere Menschen in meine negativen Gefühle und Grübeleien hinein?
- 20. Werde ich ärgerlich, wenn andere «zu schnell» über Verluste hinwegkommen?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Verhindert meine Art zu trauern, dass ich neue Chancen und Möglichkeiten erkenne?
- 22. Blockiert intensive Trauer meine Fähigkeit, die Zukunft zu gestalten?
- 23. Hilft meine Trauer weder mir noch anderen, sondern verschwendet nur Zeit und Energie?
- 24. Leugne ich, dass jedes Handeln unvorhersehbare Folgen hat (Schmetterlingseffekt)?
- 25. Bereue ich Entscheidungen, auch wenn dadurch etwas Positives hervorgerufen wurde?
- 26. Wurde mir als Kind beigebracht, dass grenzenlose Trauer ein Zeichen von Liebe ist?

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)04. Umgang mit Wut

Wut ist eine normale menschliche Emotion, kann aber zu destruktivem Verhalten führen. Ein gesunder Umgang mit Wut bedeutet, sie zu erkennen und angemessen auszudrücken. Problematisch wird es, wenn Wut unterdrückt wird oder unkontrolliert explodiert. Dieser Fragebogen zeigt dir, wie du mit deiner Wut umgehst und wo es Verbesserungsmöglichkeiten gibt – für mehr emotionale Balance.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Fällt es mir schwer zu verstehen, welche Ursachen meine Wut auslösen?
- 2. Sehe ich Wut als ein krankhafte Emotion?
- 3. Grüble ich nach wütenden Reaktionen endlos über mein Verhalten nach?
- 4. Fällt es mir schwer zu entscheiden, wann Wut berechtigt ist?
- 5. Denke ich in wütenden Momenten nur an Rache oder Vergeltung?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 6. Habe ich nach einer wütenden Bemerkung oft schwere Schuldgefühle?
- 7. Glaube ich, dass ich das Recht habe, meine Wut an anderen Menschen auszulassen?
- 8. Schäme ich mich für meine wütenden Gefühle?
- 9. Rechtfertige ich mich für eine Überreaktion, statt mich zu entschuldigen?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 10. Drücke ich meine Wut unkontrolliert oder unangemessen aus?
- 11. Werde ich häufig von meiner Wut überwältigt oder „explodiere“?
- 12. Passiert es, dass ich andere anschreie oder verletze, wenn ich wütend bin?
- 13. Fehlen mir gesunde Strategien, um Wut abzubauen?
- 14. Fällt es mir schwer, mich in wütenden Momenten zu regulieren?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 15. Übersehe ich häufig körperliche Warnsignale für Wut?
- 16. Gelingt es mir nicht, mich nach einem Wutanfall zu beruhigen?
- 17. Bin ich dauerhaft angespannt, weil ich meine Wut unterdrücke?
- 18. Führt meine Wut zu körperlichen Symptomen?
- 19. Lasse ich der Wut freien Lauf, wenn sie aufkommt?

Gruppe e): Beziehungen

- 20. Leiden meine Beziehungen unter meinen Wutreaktionen?
- 21. Verletze ich andere oft im Streit?
- 22. Haben andere Menschen Angst vor meinen Wutausbrüchen?
- 23. Fällt es mir schwer, mich nach einem Streit angemessen zu entschuldigen?
- 24. Höre ich anderen nicht mehr zu, wenn ich wütend bin?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 25. Trage ich meine Wut lange mit mir herum oder bin nachtragend?
- 26. Treffe ich aus der Wut heraus oft impulsive Entscheidungen?
- 27. Bin ich auch bei kleinen Schwierigkeiten leicht reizbar?
- 28. Sehe ich Konflikte nur als Bedrohung und nicht als Chance?
- 29. Gab es in meiner Familie häufig Wut, Streit oder aggressive Ausbrüche?

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)05. Perfektionismus & Leistungsdruck

Perfektionismus kann antreiben – oder erschöpfen. Wer ständig besser sein will, setzt sich unter Druck und verliert oft die Freude. Dieser Selbstcheck zeigt, ob dein Antrieb gesund und motivierend ist oder ob Selbstkritik, Versagensangst und Überlastung dominieren. Ziel ist, ein Gleichgewicht zwischen Anspruch und Gelassenheit zu finden – für Leistung mit Leichtigkeit.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, es muss perfekt sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Habe ich Angst vor Fehlern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Glaube ich, mein Wert hängt von meiner Leistung ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vergleiche ich mich ständig mit anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Habe ich starke Angst davor, Erwartungen nicht zu erfüllen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erlebe ich Stolz nur bei herausragenden Leistungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühle ich mich oft innerlich unruhig, wenn etwas nicht perfekt ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Habe ich Schuldgefühle, wenn ich Fehler mache? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Arbeite ich oft übermässig lange an Details? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vermeide ich Aufgaben aus Angst vor dem Scheitern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fällt es mir schwer, Aufgaben abzugeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Bin ich nie zufrieden, selbst wenn etwas gut ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich Verspannungen oder Stress aufgrund von Leistungsdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vernachlässige ich Erholung zugunsten der Arbeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Übergehe ich körperliche Warnsignale bei Überforderung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fühle ich mich körperlich unruhig, wenn ich nicht arbeite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Erwarte ich Perfektion auch von anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bin ich kritisch oder ungeduldig mit Menschen, die Fehler machen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Suche ich nach Bestätigung für meine Leistungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Belasten Perfektionsansprüche meine Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Fühle ich mich durch meinen Leistungsdruck langfristig erschöpft ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Glaube ich, dass ich nur etwas wert bin, wenn ich Leistung bringe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Bedeutet Erfolg für mich eher Druck als Freude? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ist es mir unmöglich, loszulassen und gelassen zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde ich als Kind nur für perfekte Leistungen geliebt und gelobt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)06. Ängstlichkeit & Kontrolle

Angst schützt, wenn Gefahr droht – doch übermässige Angst schränkt ein. Viele Menschen suchen Kontrolle, um Unsicherheit zu vermeiden. Dieser Selbstcheck zeigt, ob Sorge und Sicherheitsbedürfnis dein Leben bestimmten oder ob du Ungewissheit zulassen kannst – für eine Balance zwischen Vorsicht und Vertrauen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft über mögliche Gefahren nach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass ich immer alles kontrollieren muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich viele Was-wäre-wenn-Gedanken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fällt es mir schwer, Risiken einzugehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich mich oft unsicher oder ängstlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erlebe ich innere Anspannung, wenn etwas Unvorhergesehenes passiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Verhindert meine Angst jegliches Vertrauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich hilflos, wenn ich keine Kontrolle habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Vermeide ich Situationen, die mir unsicher erscheinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Suche ich ständig nach Absicherung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kontrolliere ich oft mehr, als nötig wäre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vermeide ich aus Angst jede Spontaneität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich bei Unsicherheit körperliche Angstreaktionen (Herzrasen, Schweiß etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Leide ich infolge meiner Sorgen unter Schlafproblemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Fühle ich körperliche Anspannung bei Kontrollverlust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Versagen Entspannungstechniken bei meiner Angst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Belaste ich meine Beziehungen durch übermässige Kontrolle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fühle ich mich vor anderen nur sicher, wenn ich sie kontrolliere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Verhindert meine Angst vor Verletzung jede echte Nähe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ist es mir unmöglich, anderen zu vertrauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass Angst mein Leben langfristig einschränkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Erlebe ich meinen Kontrollzwang als dauerhafte Belastung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Meine ich, mit Unsicherheit nicht umgehen zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Glaube ich, dass ich nie Gelassenheit spüren kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Bin ich in einem Umfeld aufgewachsen, in dem Kontrolle überlebenswichtig war? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)07. Erhöhtes Sicherheitsbedürfnis

Sicherheit gibt Stabilität, doch ein übermässiges Sicherheitsbedürfnis kann unsere Freiheit einschränken. Manche Menschen vermeiden Risiken so sehr, dass ihre Entwicklung blockiert wird. Dieser Selbstcheck beleuchtet, ob dein Sicherheitsbedürfnis dir Halt gibt oder dich lähmt, wie stark du an Gewohntem festhältst und ob Vertrauen oder Angst dein Handeln bestimmt.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft: «Lieber nichts riskieren»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Habe ich Angst vor unvorhersehbaren Situationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Glaube ich, dass Kontrolle Sicherheit schafft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fällt es mir schwer, Neues zuzulassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich mich unwohl, wenn ich keine Absicherung habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Habe ich Angst, Fehler zu machen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bleibe ich unruhig, selbst wenn alles geregelt ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich unsicher, wenn ich spontan handeln soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Plane ich übermässig, um Sicherheit zu schaffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vermeide ich neue Erfahrungen, um Risiken zu umgehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kontrolliere ich oft, ob alles in Ordnung ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vermeide ich jede Spontaneität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn Unsicherheit droht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Erlebe ich körperliche Unruhe bei Kontrollverlust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Fühle ich mich körperlich unsicher – selbst bei gewohnten Abläufen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Glaube ich, dass Entspannung in unsicheren Situationen unmöglich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Erwarte ich von anderen, dass sie mir Sicherheit geben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Belaste ich Beziehungen durch mein Bedürfnis nach Kontrolle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fehlen mir Menschen, die mir Sicherheit geben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Fühle ich mich unsicher, wenn andere unzuverlässig wirken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass mein Sicherheitsbedürfnis mich einschränkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Führt mein Sicherheitsbedürfnis langfristig zu Stagnation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Glaube ich, alles müsste kontrollierbar sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ist Vertrauen für mich unmöglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass nur Kontrolle Sicherheit gibt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)08. Humor & Leichtigkeit

Humor schafft Abstand, verbindet Menschen und entlastet. Leichtigkeit heisst, den Ernst des Lebens mit Freude zu bereichern. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du über dich selbst lachen kannst, Anspannung mit Humor löst und Alltagsfreude kultivierst oder ob Schwere, Grübeln und Perfektionismus überwiegen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Verbiete ich mir, Dinge spielerisch und mit Leichtigkeit anzugehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Übersehe ich die komischen Seiten von Schwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bin ich oft zu ernst oder streng? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fällt es mir schwer, Probleme humvovoll zu sehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fällt es mir schwer, über mich selbst zu lachen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fehlt mir Leichtigkeit in angespannten Zeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Schäme ich mich, wenn ich albern bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fehlt mir die Freude an spontanen Momenten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Vermeide ich humorvolle Themen in Gesprächen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vermeide ich spielerische Aktivitäten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Versäume ich es, mein Grübeln mit leichten Impulsen zu unterbrechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Behalte ich lustige Erlebnisse für mich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Fühle ich mich immer noch angespannt, nachdem ich gelacht habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Übersehe ich, dass körperliche Schwere ein Signal ist, Pause zu machen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Fällt es mir schwer, Bewegung und Mimik für eine bessere Stimmung zu nutzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fühlt sich mein Körper schwer an, selbst wenn ich scherze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Verhindert das Fehlen von Humor echte Nähe in meinen Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Lache ich auf Kosten anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Geht es daneben, wenn ich versuche, Spannungen mit Humor zu entschärfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Fällt es mir schwer, die Freude anderer zu teilen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Fehlt Humor als Ressource für meine Resilienz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Geht meine Leichtigkeit in schweren Phasen verloren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Sehe ich Optimismus als etwas Angeborenes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Fehlt mir eine freundliche, spielerische Grundhaltung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Humor unseriös ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)09. Selbstwert & Selbstmitgefühl

Ein gesunder Selbstwert entsteht, wenn wir uns unabhängig von Leistung oder Anerkennung als wertvoll empfinden. Selbstmitgefühl bedeutet, sich in schwierigen Momenten freundlich statt kritisch zu begegnen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dich selbst annehmen kannst, dir Fehler verzeihst und innere Stärke entwickelst oder ob Selbstzweifel und Härte dein Selbstbild bestimmen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich oft, dass mein Wert von meinen Leistungen abhängt?
- 2. Vergleiche ich mich häufig mit anderen und schneide dabei schlechter ab?
- 3. Habe ich eher selbstkritische als unterstützende Gedanken?
- 4. Habe ich das Gefühl, nicht gut genug zu sein?
- 5. Ist mein innerer Kritiker lauter als mein innerer Freund?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 6. Verliere ich meinen Selbstwert, wenn ich Fehler mache?
- 7. Übersehe ich meine Fortschritte und bin nie zufrieden?
- 8. Bin ich härter zu mir selbst als zu anderen?
- 9. Erlebe ich häufiger Selbstzweifel als Selbstvertrauen?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 10. Suche ich ständig nach Anerkennung von aussen?
- 11. Stelle ich meine Bedürfnisse oft zurück, um gemocht zu werden?
- 12. Übernehme ich zu viele Aufgaben, um mich wichtig zu fühlen?
- 13. Spiele ich meine Erfolge herunter oder ignoriere sie?
- 14. Sabotiere ich mich selbst, wenn Erfolg in Sicht ist?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 15. Lehne ich meinen Körper ab oder schäme mich dafür?
- 16. Spüre ich Verspannungen, wenn ich mich selbst unter Druck setze?
- 17. Ignoriere ich körperliche Signale von Überforderung oder Stress?
- 18. Bleibe ich angespannt, auch wenn Fehler nicht schlimm sind?

Gruppe e): Beziehungen

- 19. Fühle ich mich oft von anderen bewertet oder beurteilt?
- 20. Zerstört Kritik sofort mein Selbstwertgefühl?
- 21. Suche ich in Beziehungen vor allem nach Bestätigung für meinen Selbstwert?
- 22. Verstelle ich mich, um anderen zu gefallen?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 23. Hat mein Selbstwert Einfluss darauf, ob ich Chancen ergreife oder meide?
- 24. Fühle ich mich langfristig innerlich unsicher und schwankend?
- 25. Bestimmen Selbstzweifel meine Lebensentscheidungen?
- 26. Fehlt mir der Mut, für meine Bedürfnisse einzustehen?
- 27. Wurde mir als Kind vermittelt, dass ich nur durch Leistung wertvoll bin?

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)10. Selbstreflexion & Bewusstsein

Selbstreflexion bedeutet, die eigenen Gedanken, Gefühle und Handlungen zu hinterfragen. Sie stärkt eine bewusste Entwicklung, kann aber auch in Selbstkritik kippen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dich ehrlich reflektieren kannst und innere Klarheit gewinnst oder dich im Grübeln verlierst – für ein bewusstes, realistisches Selbstbild.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Fehlt mir eine regelmässige Selbstreflexion?
- 2. Zweifle ich am Nutzen von Selbstreflexion?
- 3. Habe ich Mühe, meine Gedanken kritisch zu betrachten?
- 4. Denke ich oft nach, ohne mir dessen wirklich bewusst zu sein?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Fühle ich mich unsicher, wenn ich mich selbst betrachte?
- 6. Empfinde ich selten Stolz im Hinblick auf meine Entwicklung?
- 7. Habe ich Angst vor dem, was ich bei mir entdecken könnte?
- 8. Ist Selbstbetrachtung unangenehm für mich?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Fehlen mir Werkzeuge zur Selbstreflexion?
- 10. Handle ich oft automatisch statt bewusst?
- 11. Versuche ich Feedback von anderen zu vermeiden?
- 12. Bleiben Erkenntnisse über mich selbst ohne Folgen?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Ignoriere ich körperliche Warnsignale?
- 14. Macht mich Selbstwahrnehmung unruhig?
- 15. Übergehe ich körperliche Signale auch dann, wenn sie mir bewusst werden?
- 16. Empfinde ich keine klare Trennung zwischen Körper und Geist?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Fehlt Selbstreflexion in meinen Beziehungen?
- 18. Ignoriere ich Rückmeldungen von anderen?
- 19. Fühle ich mich unsicher, wenn ich Kritik reflektiere?
- 20. Verpasse ich Lernchancen in Beziehungen?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Habe ich das Gefühl, dass Selbstreflexion mich mehr verwirrt als bereichert?
- 22. Habe ich das Gefühl zu stagnieren, obwohl ich mich selbst reflektiere?
- 23. Halte ich Selbstreflexion für esoterischen Quatsch?
- 24. Fühle ich mich schwächer, wenn ich mich selbst in Frage stelle?
- 25. Wurde mir vermittelt, dass Selbstreflexion Zeitverschwendung ist?

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)11. Selbstdisziplin & Motivation

Selbstdisziplin ermöglicht es uns, unsere Ziele zu erreichen. Die Motivation schenkt uns die nötige Energie dafür. Zu viel Disziplin kann starr machen, während fehlende Motivation lähmt. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dich gut strukturierst, ob du Motivation findest und ob du ein gesundes Gleichgewicht zwischen Disziplin und Flexibilität lebst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich oft, dass ich nicht diszipliniert bin?
- 2. Glaube ich, dass Motivation von aussen kommen muss?
- 3. Ist oft unklar, warum ich etwas tun soll?
- 4. Denke ich, dass Selbstdisziplin immer anstrengend ist?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Bin ich selten stolz, wenn ich durchgehalten habe?
- 6. Erlebe ich Frust, wenn mir Motivation fehlt?
- 7. Ist Disziplin nur eine Last für mich?
- 8. Fühle ich Scham, wenn mir etwas misslingt?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Fehlt mir Struktur im Alltag?
- 10. Neige ich dazu, Aufgaben aufzuschieben?
- 11. Vergesse ich, mich zu belohnen?
- 12. Gebe ich bei Rückschlägen schnell auf?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Kostet es mich viel Energie, Motivation aufzubauen?
- 14. Erlebe ich mich unwohl, wenn ich versuche, mich zu disziplinieren?
- 15. Fühle ich mich oft müde, wenn mir die Motivation fehlt?
- 16. Habe ich das Gefühl, dass Disziplin mir alle Kraft raubt?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Verheimliche ich meine Ziele vor anderen?
- 18. Fehlen mir motivierende Vorbilder?
- 19. Führt meine schwankende Disziplin manchmal zu Konflikten?
- 20. Habe ich oft das Gefühl, dass mir Unterstützung fehlt?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Habe ich das Gefühl, dass Disziplin mich auf Dauer auslaugt?
- 22. Kommt meine langfristige Motivation von aussen?
- 23. Kann ich auf Erholung verzichten, um meine Disziplin aufrechtzuerhalten?
- 24. Glaube ich, dass Erfolg auch ohne Selbstdisziplin möglich ist?
- 25. Wurde mir vermittelt, dass Disziplin Zwang bedeutet?

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)12. Selbstwirksamkeit & Glaube an die eigene Kraft

Selbstwirksamkeit ist das Erleben, dass Herausforderungen eigenständig bewältigt werden können. Wer an seine Kraft glaubt, handelt proaktiv, lernt aus Rückschlägen und bleibt handlungsfähig. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du auf deine Fähigkeiten vertraust, Ziele eigenständig verfolgst und Einfluss nimmst oder ob Ohnmacht, Prokrastination und Zweifel dominieren.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | |
|--|--|
| 1. Zweifle ich an meiner Fähigkeit, Schwieriges zu bewältigen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Probleme für mich wichtig, Lösungen aber zweitrangig ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Traue ich mir nicht zu, neue Fähigkeiten zu lernen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Sehe ich Rückschläge als Versagen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | |
|---|--|
| 5. Bin ich verzagt bei neuen Herausforderungen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Fehlt mir ein Gefühl von Stolz, wenn ich Hürden überwunden habe? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühle ich mich oft ohnmächtig oder klein? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Fehlt mir der Mut, Entscheidungen zu treffen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | |
|---|--|
| 9. Vermeide ich Handeln bei Unsicherheit? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Vermeide ich es, mich zu informieren oder mir Unterstützung zu suchen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. Habe ich Schwierigkeiten, Aufgaben in kleine, erreichbare Schritte zu gliedern? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Gebe ich oft vor dem Ziel auf? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | |
|---|--|
| 13. Fehlt mir Energie zum Anpacken? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Empfinde ich Anspannung als lähmend? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Vergesse ich, mich durch Atmung und Bewegung zu regulieren? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. Fehlt mir nach Erfolgen ein Gefühl der körperlichen Stärke? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | |
|---|--|
| 17. Bitte ich um Hilfe, wenn ich nicht weiterkomme? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. Wirke ich auf andere unentschlossen oder unzuverlässig? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. Wehre ich konstruktives Feedback ab? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20. Sabotiere ich die Selbstwirksamkeit anderer? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | |
|--|--|
| 21. Zweifle ich an meiner langfristigen Gestaltungskraft? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22. Schwindet meine Zuversicht trotz gelöster Probleme? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. Zweifle ich an meiner Fähigkeit, neue Herausforderungen zu bewältigen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24. Ist Ohnmacht meine Grundhaltung? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir vermittelt, dass ich machtlos bin? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)13. Körperwahrnehmung & Körperbild

Wie wir unseren Körper wahrnehmen, beeinflusst unseren Selbstwert, unsere Gesundheit und unsere Lebensfreude. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du ein positives Körpergefühl hast, ob du auf deine Körpersignale achtest und ob du deinen Körper akzeptierst oder abwertest – für ein gesundes, liebevolles Verhältnis zu dir selbst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich oft negativ über meinen Körper?
- 2. Vergleiche ich mich häufig mit anderen?
- 3. Glaube ich, dass mein Körper meinen Wert bestimmt?
- 4. Fällt es mir schwer, meinen Körper so zu akzeptieren, wie er ist?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Schäme ich mich für meinen Körper?
- 6. Fällt es mir schwer, Freude an meinem Körper zu haben?
- 7. Fühle ich mich in sozialen Situationen unsicher wegen meines Körpers?
- 8. Bin ich selten dankbar für das, was mein Körper leistet?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Vernachlässige ich gesunde Ernährung und Bewegung?
- 10. Vernachlässige ich meinen Körper?
- 11. Fehlen mir körperstärkende Routinen?
- 12. Verstecke ich mich, wenn ich mich unwohl fühle?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Ignoriere ich die Signale meines Körpers?
- 14. Übergehe ich Hunger, Durst und Müdigkeit?
- 15. Habe ich Verspannungen oder Schmerzen, ohne sie zu beachten?
- 16. Fehlt mir körperliche Leichtigkeit?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Verstecke ich meinen Körper aus Scham?
- 18. Habe ich Angst, dass andere meinen Körper abwerten?
- 19. Ist körperliche Nähe unangenehm für mich?
- 20. Empfinde ich meinen Körper in Beziehungen als hinderlich?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Habe ich schon lange ein negatives Körperbild?
- 22. Habe ich ständig negative Gedanken über meinen Körper?
- 23. Ist gutes Aussehen für mich die Voraussetzung für einen guten Selbstwert?
- 24. Hängt meine Selbstliebe ausschliesslich von meinem Aussehen ab?
- 25. Wurde mir als Kind vermittelt, dass mein Körper nicht gut genug ist?

A) Gefühle & Inneres Erleben

A)14. Selbstfürsorge

Selbstfürsorge bedeutet, die eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen und aktiv für das eigene Wohl zu sorgen. Viele Menschen vernachlässigen sich zugunsten anderer oder verlieren sich in Verpflichtungen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du für dich einsteilst und Körper, Geist und Seele zu ihrem Recht kommen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass meine Bedürfnisse nicht wichtig sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass Selbstfürsorge egoistisch ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vergesse ich ständig, mir Pausen zu gönnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Habe ich Gedanken, die meine Selbstfürsorge verhindern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich mich schuldig, wenn ich mich um mich selbst kümmere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Habe ich das Gefühl, es nicht wert zu sein, auf mich zu achten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühlt sich Selbstfürsorge wie eine lästige Pflicht an? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Habe ich Schwierigkeiten, mich selbst wertzuschätzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Vernachlässige ich Schlaf, Ernährung und Bewegung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Habe ich fast nie Zeit für mich allein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vernachlässige ich mich zugunsten anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fehlen mir gesunde Selbstfürsorge-Routinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Bemerke ich oft erst zu spät, dass ich erschöpft bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ignoriere ich körperliche Warnsignale für Überlastung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verhindern meine Pflichten, dass ich mich entspannen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Überlaste ich mich regelmässig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Verschweige ich in Beziehungen meine Bedürfnisse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fehlen mir Menschen, die mich zur Selbstfürsorge ermutigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühle ich mich allein gelassen, wenn ich meine Bedürfnisse anspreche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Lehne ich ab, wenn andere mir Unterstützung anbieten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Befürchte ich, dass Selbstfürsorge meine Leistungsfähigkeit beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Bleibe ich trotz Selbstfürsorge langfristig unausgeglichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Erlebe ich Selbstfürsorge eher als Ausnahme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Glaube ich, dass Selbstfürsorge mich daran hindert, meine Ziele zu erreichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir vermittelt, dass Selbstfürsorge egoistisch ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Beziehungen & Kommunikation

B)01. Abgrenzung & Grenzen setzen

Grenzen sind notwendig, um unsere Energie, unsere Zeit und unsere innere Balance zu schützen. Wer Ja sagt, obwohl er Nein meint, verliert Selbstachtung und Kraft. Dieser Selbstcheck zeigt, wie klar du deine Grenzen setzt, ob Schuldgefühle dich hindern und ob du Verantwortung gesund verteilst – für ein selbstbestimmtes, respektvolles Miteinander.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass ich für das Wohl anderer verantwortlich bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Habe ich Schwierigkeiten, meine eigenen Bedürfnisse wichtig zu nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fällt es mir schwer, klare Grenzen zu setzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Glaube ich, dass Grenzen setzen egoistisch ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Habe ich Schuldgefühle, wenn ich Nein sage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fühle ich mich nur wertvoll, wenn ich für andere da bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Werde ich unruhig oder ängstlich, wenn jemand enttäuscht von mir ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich schuldig, wenn ich meine eigenen Bedürfnisse vorziehe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Sage ich oft Ja, obwohl ich Nein meine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Übernehme ich regelmässig mehr Aufgaben, als mir guttut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Unterdrücke ich meine Bedürfnisse, um Konflikte zu vermeiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vermeide ich es, meine Wünsche klar auszusprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn ich Grenzen überschreite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Übersehe ich, wenn meine Energiereserven zur Neige gehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ignoriere ich körperliche Überlastungssignale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fühle ich mich unwohl, selbst wenn ich meine Grenzen wahre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Ziehen andere Vorteile daraus, dass ich nicht Nein sage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Habe ich das Gefühl, dass meine Bedürfnisse in Beziehungen zu kurz kommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ignorieren andere meine Grenzen, auch wenn ich sie klar ausspreche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Fehlt in meinen Beziehungen gegenseitige Rücksichtnahme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, mich selbst immer wieder zu verlieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Fühle ich mich langfristig erschöpft, weil ich zu wenig Grenzen setze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Glaube ich, dass meine Wünsche weniger wichtig sind als die der anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Fühle ich mich schwach oder unsicher, selbst wenn ich Grenzen setze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass nur egoistische Menschen Grenzen ziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Beziehungen & Kommunikation

B)02. Bindungsmuster

Bindungen prägen unser Leben von Anfang an. Ob wir Nähe zulassen können, Angst vor Verlust haben oder ständig Bestätigung suchen, hängt oft mit frühen Erfahrungen zusammen. Dieser Selbstcheck beleuchtet, wie du Beziehungen gestaltest: ob du Sicherheit findest, Konfrontation vermeidest oder klammerst – und ob du dich in Beziehungen frei und authentisch fühlst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Glaube ich, dass ich nur in Beziehungen wirklich glücklich bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fürchte ich oft, andere könnten mich verlassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich das Gefühl, Beziehungen überfordern mich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Zweifle ich an meinem Wert, wenn Beziehungen schwierig sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Habe ich Angst, wenn jemand mir zu nahe kommt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bin ich oft unsicher, ob ich geliebt werde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Werde ich emotional distanziert, wenn Menschen mir nahekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich in Beziehungen oft überfordert oder eingeengt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Suche ich in Beziehungen ständig nach Bestätigung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ziehe ich mich zurück, wenn es emotional wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kontrolliere ich meine Partner/Freunde, um Sicherheit zu gewinnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Verberge ich meine wahren Gefühle und Bedürfnisse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Fühle ich Anspannung oder Unruhe bei Nähe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Spüre ich körperliche Stressreaktionen bei Trennungsängsten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ignoriere ich Körpersignale bei belastenden Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Verkrampfe ich körperlich, selbst bei vertrauter Nähe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Habe ich das Gefühl, Beziehungen sind oft instabil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bin ich in Partnerschaften grundsätzlich misstrauisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Suche ich in intensiven Beziehungen eher nach Abstand? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Fehlen meinen Beziehungen Sicherheit und Ausgeglichenheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Wiederholen sich in meinem Leben ähnliche Bindungsmuster? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Habe ich langfristig Schwierigkeiten, gesunde Bindungen aufzubauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Erlebe ich Beziehungen eher als Belastung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Glaube ich, dass stabile Beziehungen für mich unmöglich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Habe ich in meiner Kindheit unsichere Bindungen erlebt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Beziehungen & Kommunikation

B)03. Kommunikation & Konfliktverhalten

Kommunikation prägt unsere Beziehungen, unser Arbeit und unser Selbstbild. Wer klar, respektvoll und offen kommuniziert, stärkt Bindungen. Konflikte sind unvermeidbar – entscheidend ist der Umgang damit. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du deine Bedürfnisse klar ausdrückst, zuhören kannst und ob Konflikte dich lähmen oder wachsen lassen – für gesunde, starke Beziehungen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | |
|--|-----------|
| 1. Denke ich oft, dass meine Meinung nicht wichtig ist? | □ □ □ □ □ |
| 2. Glaube ich, dass Konflikte immer schlecht sind? | □ □ □ □ □ |
| 3. Bin ich mir unklar darüber, was ich kommunizieren möchte? | □ □ □ □ □ |
| 4. Denke ich, dass meine Stimme weniger zählt als die anderer? | □ □ □ □ □ |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | |
|---|-----------|
| 5. Habe ich Angst, in Konflikten abgelehnt zu werden? | □ □ □ □ □ |
| 6. Ist ehrliche Kommunikation unangenehm für mich? | □ □ □ □ □ |
| 7. Erlebe ich Schuldgefühle, wenn ich meine Meinung sage? | □ □ □ □ □ |
| 8. Fühle ich mich unsicher, wenn Gespräche kritisch werden? | □ □ □ □ □ |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | |
|--|-----------|
| 9. Verschweige ich meine wahren Bedürfnisse? | □ □ □ □ □ |
| 10. Vermeide ich oft Konflikte? | □ □ □ □ □ |
| 11. Höre ich nur oberflächlich zu? | □ □ □ □ □ |
| 12. Reagiere ich in Konflikten impulsiv? | □ □ □ □ □ |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | |
|--|-----------|
| 13. Spüre ich körperliche Anspannung in Konflikten? | □ □ □ □ □ |
| 14. Belastet mich ehrliche Kommunikation? | □ □ □ □ □ |
| 15. Fühle ich starke körperliche Reaktionen auf Streit (Herzklopfen, Zittern)? | □ □ □ □ □ |
| 16. Bleibe ich nach Streitgesprächen unruhig? | □ □ □ □ □ |

Gruppe e): Beziehungen

- | | |
|---|-----------|
| 17. Fehlt in meinen Beziehungen ehrliche Kommunikation? | □ □ □ □ □ |
| 18. Belasten Konflikte meine Nähe zu anderen? | □ □ □ □ □ |
| 19. Werde ich oft nicht gehört oder respektiert? | □ □ □ □ □ |
| 20. Ist meine Kritik destruktiv? | □ □ □ □ □ |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | |
|---|-----------|
| 21. Fehlen mir Kommunikationsfähigkeiten? | □ □ □ □ □ |
| 22. Schwächen mich Konflikte dauerhaft? | □ □ □ □ □ |
| 23. Sehe ich Konflikte nur als etwas Destruktives? | □ □ □ □ □ |
| 24. Ist Kommunikation für mich eine Belastung? | □ □ □ □ □ |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Harmonie wichtiger ist als Ehrlichkeit? | □ □ □ □ □ |

B)04. Empathiefähigkeit & Emotionale Intelligenz

Empathie und emotionale Intelligenz sind Schlüsselkompetenzen für zwischenmenschliche Beziehungen und persönliches Wohlbefinden. Sie helfen, eigene und fremde Gefühle zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Menschen mit emotionaler Intelligenz können Beziehungen harmonischer gestalten, Konflikte konstruktiv lösen und sich selbst besser regulieren. Defizite können zu Missverständnissen, sozialer Isolation und emotionalen Problemen führen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Fällt es mir oft schwer zu verstehen, was andere Menschen fühlen?
- 2. Denke ich oft, dass die Gefühle anderer übertrieben oder unnötig sind?
- 3. Verwirren mich die emotionalen Reaktionen meiner Mitmenschen?
- 4. Halte ich emotionale Themen für unwichtig oder störend?
- 5. Bin ich oft ratlos, wenn andere Menschen Trost oder Verständnis brauchen?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 6. Fühle ich mich hilflos, wenn andere emotional werden?
- 7. Habe ich Schwierigkeiten, meine eigenen Gefühle und ihre Ursachen einzuordnen?
- 8. Empfinde ich in intensiven emotionalen Situationen Unbehagen?
- 9. Denke ich manchmal, dass mir Empathie und Einfühlungsvermögen fehlen?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 10. Reagiere ich unangemessen oder gar nicht auf die Gefühle anderer?
- 11. Sage ich oft das Falsche, wenn Menschen traurig oder aufgebracht sind?
- 12. Vermeide ich emotionale Gespräche oder wechsele schnell das Thema?
- 13. Übersehe ich, wenn andere Menschen Unterstützung brauchen?
- 14. Fällt es mir schwer, meine eigenen Gefühle angemessen auszudrücken?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 15. Habe ich Schwierigkeiten, körperliche Signale für Emotionen bei mir wahrzunehmen?
- 16. Übersehe ich oft die Körpersprache und Mimik anderer Menschen?
- 17. Bin ich unsicher bei der Interpretation nonverbaler Signale?
- 18. Fällt es mir schwer, Stimmungen in Räumen oder Gruppen zu spüren?

Gruppe e): Beziehungen

- 19. Beschweren sich andere, dass ich gefühllos oder unaufmerksam bin?
- 20. Entstehen oft Konflikte infolge meiner emotionalen Unaufmerksamkeit?
- 21. Fühlen sich Menschen von mir unverstanden oder abgewiesen?
- 22. Habe ich Schwierigkeiten, tiefe emotionale Verbindungen aufzubauen?
- 23. Bin ich in Konflikten oft überrascht von den emotionalen Reaktionen anderer?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 24. Führe ich hauptsächlich oberflächliche und distanzierte Beziehungen?
- 25. Fühle ich mich oft einsam oder von anderen missverstanden?
- 26. Bereue ich häufig mein Verhalten in emotionalen Situationen?
- 27. Habe ich das Gefühl, dass mir wichtige zwischenmenschliche Fähigkeiten fehlen?
- 28. Wirken andere Menschen oft unberechenbar oder irrational auf mich?
- 29. Wurden Gefühle in meiner Familie unterdrückt und nie offen kommuniziert?

B) Beziehungen & Kommunikation

B)05. Bin ich hartnäckig oder nachgiebig?

Hartnäckigkeit und Nachgiebigkeit haben beide ihre Vor- und Nachteile. Hartnäckige Menschen verfolgen ihre Ziele beharrlich, können aber auch stur und unflexibel sein. Nachgiebige Menschen sind kompromissbereit und harmonieorientiert, laufen aber Gefahr, sich selbst zu verlieren oder ausgenutzt zu werden. Die Kunst besteht darin, situationsangemessen hartnäckig oder nachgiebig zu sein.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Oder-Fragen: links ① = hartnäckig, rechts ⑤ = nachgiebig

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bin ich beharrlich ① oder kompromissbereit ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bringe ich bis zum Schluss vollen Einsatz ① oder gebe ich schnell auf ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Setze ich meinen Willen durch ① oder bin ich flexibel ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kämpfe ich für meine Überzeugungen ① oder bevorzuge ich Harmonie ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich mich schlecht, wenn andere nicht meiner Meinung sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bin ich stolz darauf, standhaft zu sein ① oder entgegenkommend ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Empfinde ich mich als gutes Vorbild, wenn ich in Konflikten einlenke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich besser, wenn ich Widerstand leiste ① oder wenn ich nachgebe ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Ändere ich meine Ziele, wenn es Gegenwind gibt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vermeide ich Diskussionen, um Konflikte zu umgehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bleibe ich bei meinen Entscheidungen ① oder ändere ich sie häufig ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Können andere mich leicht von meinen Zielen abbringen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Kämpfe ich für meine Wünsche ① oder verzichte ich lieber ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Verrate ich meine Prinzipien, um schneller zum Ziel zu gelangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Fühle ich mich gut, wenn andere von meinem Verzicht profitieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Geniesse ich das Gefühl, wenn ich mich durchsetze ① oder wenn ich nachgebe ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Verkrampfe ich, wenn andere Druck auf mich ausüben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Reagiere ich auf Herausforderungen mit Kampfbereitschaft ① oder mit Rückzug ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. Führt meine Nachgiebigkeit dazu, dass ich oft übergangen werde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Bin ich überzeugt, dass Hartnäckigkeit Beziehungen zerstört? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Glaube ich, dass andere von meiner Nachgiebigkeit profitieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Treffe ich lieber selbst Entscheidungen ① oder passe ich mich an ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Nutzen andere meine Nachgiebigkeit aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Denke ich, dass Hartnäckigkeit prinzipiell schädlich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Bin ich in meinen Entscheidungen konsequent ① oder schwanke ich ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Bereue ich oft, nachgegeben zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. War ich als Kind eher stur und widerspenstig ① oder brav und gehorsam ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Beziehungen & Kommunikation

B)06. Parentifizierung

Parentifizierung bedeutet, dass Kinder früh Verantwortung übernehmen, die nicht altersgerecht ist – oft für Eltern oder Geschwister. Dies kann das spätere Selbstbild, Beziehungen und die Stressbewältigung prägen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du zu früh erwachsen sein musstest und wie stark diese Erfahrungen heute noch nachwirken.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich oft, dass ich für andere verantwortlich bin?
- 2. Habe ich schon als Kind gedacht, ich muss stark sein?
- 3. Glaube ich, dass ich keine Schwäche zeigen darf?
- 4. Fühlte ich mich als Kind nicht wirklich gesehen?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Fühlte ich mich als Kind nur dann wertvoll, wenn ich anderen helfen konnte?
- 6. Erlebe ich Schuldgefühle, wenn ich nicht für andere da bin?
- 7. Habe ich Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse ernst zu nehmen?
- 8. Fühle ich innere Schwere, wenn ich an meine Kindheit denke?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Übernehme ich oft Verantwortung für das Wohlergehen anderer?
- 10. Vernachlässige ich mich selbst zugunsten anderer?
- 11. Fällt es mir schwer, Hilfe anzunehmen?
- 12. Übernehme ich in Beziehungen häufig die Elternrolle?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn ich Verantwortung trage?
- 14. Fühle ich mich oft überlastet und erschöpft?
- 15. Habe ich Mühe, mich wirklich zu entspannen?
- 16. Erlebe ich eine innere Schwere, wenn ich Pflichten erfülle?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Ziehe ich Menschen an, die Unterstützung brauchen?
- 18. Fühle ich mich verantwortlich für die Probleme meiner Partner/Freunde?
- 19. Fällt es mir schwer, Beziehungen auf Augenhöhe zu führen?
- 20. Erlebe ich Nähe oft über Fürsorge statt über Partnerschaftlichkeit?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Habe ich das Gefühl, nie wirklich Kind gewesen zu sein?
- 22. Fühle ich mich wegen meines Verantwortungsdrucks langfristig überlastet?
- 23. Habe ich Schwierigkeiten, meine eigenen Grenzen zu schützen?
- 24. Glaube ich, dass ich nur wertvoll bin, wenn ich Leistung oder Unterstützung biete?
- 25. Musste ich früh die Rolle des Erwachsenen übernehmen?

B) Beziehungen & Kommunikation

B)07. Vertrauen (zu sich selbst & anderen)

Vertrauen ist die Basis von Sicherheit und Nähe – sowohl zu uns selbst als auch zu anderen. Misstrauen blockiert unsere Entwicklung, während blindes Vertrauen uns angreifbar macht. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dir selbst vertraust, anderen Menschen offen begegnest und ein gesundes Gleichgewicht zwischen Vorsicht und Offenheit findest.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass ich mir selbst nicht trauen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass andere Menschen meist unehrlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zweifle ich ständig an meinen Entscheidungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich, dass Vertrauen immer gefährlich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich mich unsicher, wenn ich Verantwortung trage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fürchte ich, dass jemand mein Vertrauen missbrauchen könnte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Habe ich oft Angst, betrogen oder enttäuscht zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mangelt es mir an Selbstvertrauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Muss ich alles selbst kontrollieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kontrolliere ich lieber, als loszulassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Schweige ich bei Vertrauensbrüchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vermeide ich jedes Vertrauensrisiko? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich körperliche Anspannung bei Misstrauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bleibe ich unruhig trotz Vertrauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Fühle ich Herzklopfen oder Angst bei Unsicherheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fehlt mir die Gelassenheit, um zu vertrauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Fehlen mir vertrauensvolle Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Erlebe ich in meinen Beziehungen oft mehr Distanz als Nähe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Gehe ich davon aus, dass andere mein Vertrauen missbrauchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Denke ich, dass Vertrauen meine Position in Beziehungen schwächt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass Vertrauen etwas Gefährliches ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Fehlt mir trotz Selbstvertrauen langfristig ein Gefühl von Sicherheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ist Kontrolle besser als Vertrauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ist es mir unmöglich, Vertrauen als Grundhaltung zu entwickeln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Vertrauen naiv ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Beziehungen & Kommunikation

B)08. Umgang mit Kritik & Feedback

Kritik kann uns verletzen oder uns weiterbringen – entscheidend ist der Umgang damit. Manche fühlen sich schnell angegriffen, andere nutzen Feedback konstruktiv. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du offen mit Kritik umgehst, ob du Feedback für deine persönliche Entwicklung nutzt oder ob Abwehr, Scham und Unsicherheit dein Verhalten bestimmen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich bei Kritik sofort, dass ich versagt habe?
- 2. Sehe ich Feedback automatisch als Angriff auf mich?
- 3. Habe ich Schwierigkeiten, Kritik sachlich zu sehen?
- 4. Denke ich oft, dass andere mich unfair beurteilen?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Schäme ich mich, wenn ich kritisiert werde?
- 6. Ist es mir unmöglich, mich über konstruktive Kritik zu freuen?
- 7. Habe ich oft Angst, etwas falsch zu machen?
- 8. Ärgere ich mich über jede Rückmeldung?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Rechtfertige ich mich, wenn ich kritisiert werde?
- 10. Versuche ich Kritik zu umgehen, indem ich «alles richtig mache»?
- 11. Vermeide ich Situationen, in denen ich kritisiert werden könnte?
- 12. Ignoriere ich konstruktives Feedback?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn mich jemand kritisiert?
- 14. Belastet mich auch konstruktive Kritik?
- 15. Spüre ich die Belastung der Kritik auch noch Stunden oder Tage später?
- 16. Verliere ich oft die Fassung, wenn ich kritisiert werde?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Gibt es nur wenige Menschen, die mir ehrliches Feedback geben?
- 18. Empfinde ich Kritik als «Beziehungs-Killer»?
- 19. Erlebe ich Kritik in Beziehungen meistens als Angriff?
- 20. Habe ich das Gefühl, dass Kritik die Qualität meiner Beziehungen verschlechtert?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Habe ich das Gefühl, dass Kritik mich schwächt?
- 22. Werde ich auf lange Sicht immer unsicherer im Umgang mit Feedback?
- 23. Halte ich Kritik für destruktiv und unnötig?
- 24. Ist Feedback ein Hindernis für meinen Erfolg?
- 25. Wurde mir vermittelt, dass Kritik immer Ablehnung bedeutet?

B) Beziehungen & Kommunikation

B)09. Sexualität & Intimität

Sexualität ist ein zentraler Aspekt menschlicher Nähe. Sie kann erfüllend oder mit Unsicherheit und Scham verbunden sein. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dich mit deiner Sexualität wohlfühlst, ob du Intimität geniessen kannst und ob du diesen sensiblen Bereich mit Vertrauen, Offenheit und Selbstakzeptanz lebst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich oft kritisch über meine Sexualität?
- 2. Glaube ich, dass ich anders bin als andere?
- 3. Habe ich Gedanken, die echte Intimität blockieren?
- 4. Denke ich, dass Sexualität etwas Falsches sein könnte?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Denke ich, dass meine sexuellen Bedürfnisse meinen Wert bestimmen?
- 6. Fehlt mir Freude an meiner Sexualität?
- 7. Habe ich in intimen Situationen Angst vor Ablehnung?
- 8. Schäme ich mich für meine Sexualität?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Verschweige ich sexuelle Bedürfnisse?
- 10. Vermeide ich Situationen, die Intimität erfordern?
- 11. Vernachlässige ich meine Sexualität?
- 12. Blockiere ich Zärtlichkeit im Alltag?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Bin ich in intimen Situationen körperlich «abwesend»?
- 14. Erlebe ich Blockaden oder Anspannung bei Intimität?
- 15. Unterdrücke ich Lust und Erregung?
- 16. Fehlt mir sexuelle Selbstakzeptanz?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Fehlt mir eine vertrauensvolle Basis für Intimität?
- 18. Vermeide ich offene Gespräche über Sexualität mit meinem Partner?
- 19. Fühle ich mich sexuell von meinem Partner abgelehnt?
- 20. Erlebe ich Intimität als Bedrohung von Nähe und Bindung?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Habe ich das Gefühl, dass ich meine Sexualität nicht authentisch lebe?
- 22. Bin ich langfristig unzufrieden in diesem Bereich?
- 23. Ist Sexualität unwichtig für ein erfülltes Leben?
- 24. Finde ich Intimität unnatürlich oder problematisch?
- 25. Wurde mir vermittelt, dass Sexualität unanständig ist?

B) Beziehungen & Kommunikation

B)10. Soziale Unterstützung & Netzwerke

Menschen sind soziale Wesen. Tragende Beziehungen fördern Gesundheit und Resilienz. Fehlende Unterstützung kann Isolation und Stress verstärken. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dich getragen fühlst, ob du Netzwerke aktiv pflegst und wie stabil dein soziales Umfeld ist – für mehr Verbindung, Austausch und gegenseitige Hilfe.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass ich allein klarkommen muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass andere mir nicht helfen wollen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ist mir unklar, was Unterstützung bedeutet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich, dass Netzwerke unwichtig sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Schäme ich mich, wenn ich um Hilfe bitten muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Belastet es mich, wenn ich Hilfe bekommen habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Habe ich Angst, anderen zur Last zu fallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Empfinde ich mein soziales Umfeld als selbstverständlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Vermeide ich es, um Hilfe zu bitten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nehme ich ein Scheitern in Kauf, damit ich nicht um Hilfe bitten muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vernachlässige ich meine Kontakte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Verweigere ich anderen meine Hilfe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Fühle ich mich belastet, wenn ich Unterstützung erhalten habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Halte ich körperliche Anspannung aus, um nicht um Hilfe bitten zu müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Erlebe ich Stresssymptome, wenn ich allein und überfordert bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fällt es mir schwer, in Gemeinschaft ruhig und gelassen zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Fehlen mir Menschen, auf die ich mich verlassen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Kommt es zu Konflikten, wenn ich Unterstützung brauche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühle ich mich oft alleingelassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Misstrauere ich meinem Netzwerk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass Unterstützungsbedarf mich unfrei macht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Verunsichern mich Gemeinschaften und Netzwerke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ist gegenseitige Hilfe im Leben unnötig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ist es ein Zeichen von Schwäche, Unterstützung in Anspruch zu nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass es das Beste ist, niemanden zu brauchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Beziehungen & Kommunikation

B)11. Toleranz gegenüber anderen Menschen & Meinungen

Toleranz bedeutet, andere zu akzeptieren, auch wenn sie anders denken, fühlen oder leben. Intolerante Menschen urteilen schnell, grenzen aus und schaffen Konflikte. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du Vielfalt respektierst oder andere ablehnst, weil sie nicht deinen Vorstellungen entsprechen – für ein offenes, respektvolles Miteinander.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Urteile ich schnell über Menschen, die anders sind als ich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Denke ich oft, dass meine Art zu leben die einzig richtige ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Störe ich mich an fremden Kulturen oder Religionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Finde ich, dass alle Menschen gleich denken sollten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Ärgere ich mich über die politischen Meinungen anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fühle ich mich anderen und ihrem Lebensstil überlegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Macht es mich unruhig, wenn Menschen stark von der Norm abweichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Reagiere ich emotional auf ungewohnte Weltanschauungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Vermeide ich bewusst den Kontakt zu Menschen, die «anders» sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Äussere ich mich abwertend über fremde Kulturen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Diskriminiere ich Menschen aufgrund ihrer Herkunft oder Religion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Werde ich ungeduldig, wenn Menschen mit sprachlichen Barrieren kämpfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Grenze ich Menschen wegen ihrer sexuellen Orientierung aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Spüre ich körperliche Ablehnung gegenüber «fremden» Menschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verkrampfe ich mich in multikulturellen Situationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Reagiert mein Körper ablehnend auf fremde Sprachen, Gerüche, Klänge usw.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Spüre ich Widerwillen gegenüber ungewöhnlichen Lebensweisen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Vermeide ich engen Kontakt mit Menschen, die von der Norm abweichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Führt meine Einstellung gegenüber anderen zu Konflikten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Spalte ich mein Umfeld durch abwertende Äusserungen über andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Fühlen sich andere durch meine Haltung ausgegrenzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Führt mein Mangel an Offenheit manchmal zum Beziehungsabbruch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. Schränkt zu viel Toleranz meine Chancen im Leben ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Habe ich das Gefühl, dass Vielfalt eher bedrohlich als bereichernd ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir vorgelebt oder beigebracht, dass alle Menschen gleich sein müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Beziehungen & Kommunikation

B)12. Erwartungen an andere Menschen & mein Umfeld

Überhöhte Erwartungen führen zu ständiger Enttäuschung und Frustration. Wer von Menschen und Organisationen Perfektion erwartet, lebt in permanentem Ärger über die unvollkommene Realität. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du realistische Massstäbe anlegst oder durch dein eigenes Wohlbefinden mit unrealistische Erwartungen sabotierst – für mehr Gelassenheit und Lebenszufriedenheit.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass andere «besser funktionieren» sollten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Erwarte ich von mir und anderen Perfektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Glaube ich, dass Systeme immer reibungslos laufen müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Finde ich, dass Menschen zuverlässiger sein sollten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Ärgere ich mich häufig über «unfähige» Menschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Frustriert es mich, wenn Organisationen nicht perfekt arbeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühle ich mich persönlich angegriffen, wenn Erwartungen nicht erfüllt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bin ich enttäuscht, wenn andere nicht meinen Standards entsprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Beschwerde ich mich oft über schlechten Service? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kritisiere ich häufig die Leistung anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Erwarte ich sofortige Antworten auf Nachrichten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fordere ich Pünktlichkeit, auch bei kleinen Verspätungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Reagiere ich ungeduldig auf menschliche Schwächen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn meine Erwartungen nicht erfüllt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Steigt mein Blutdruck, wenn andere Fehler machen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Verkrampfe ich, wenn Systeme (Computer, Maschinen etc.) nicht funktionieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Merke ich körperlichen Stress, wenn andere unpünktlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Belasten meine Erwartungen meine Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühlen sich andere von meinen Ansprüchen unter Druck gesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Entstehen Konflikte wegen meiner hohen Standards? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ziehen sich Menschen wegen meiner hohen Erwartungen vor mir zurück? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Bin ich oft enttäuscht von Freunden und Familie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. Macht mich meine Erwartungshaltung chronisch unzufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Verhindert mein Perfektionismus, dass ich mich entspanne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass alles «perfekt» sein muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Beziehungen & Kommunikation

B)13. Fühle ich mich einsam?

Einsamkeit ist ein subjektives Gefühl des Getrenntseins und der Isolation, das unabhängig von der Anzahl sozialer Kontakte auftreten kann. Chronische Einsamkeit kann zu Depression, Angst und anderen gesundheitlichen Problemen führen. Sie entsteht durch das Missverhältnis zwischen gewünschten und tatsächlichen Beziehungen. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen frei gewähltem Alleinsein und ungewollter Isolation. Dieser Fragebogen hilft dir, dein Einsamkeitsempfinden zu verstehen und Handlungsbedarf zu erkennen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass niemand mich wirklich versteht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fühle ich mich auch in Gesellschaft innerlich einsam? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Glaube ich, dass andere ein erfüllteres und besseres Sozialleben haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich häufig darüber nach, wie einsam ich bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Habe ich das Gefühl, nirgendwo richtig dazuzugehören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich ungeliebt und unwichtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zweifle ich daran, dass Menschen mich mögen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Empfinde ich mich als langweilig oder uninteressant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Habe ich das Gefühl, anderen zur Last zu fallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fühle ich mich einsam, wenn ich allein bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Vermeide ich soziale Aktivitäten oder sage Einladungen häufig ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ziehe ich mich von anderen Menschen zurück? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Fällt es mir schwer, Kontakt zu anderen aufzunehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Lehne ich Hilfe oder Unterstützung von anderen ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Spüre ich körperliche Leere oder Schwere, wenn ich einsam bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fühle ich mich infolge meiner sozialen Isolation müde und energielos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Bemerke ich in sozialen Situationen körperliche Anspannung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Leide ich wegen meiner Einsamkeitsgefühle unter Schlafproblemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. Habe ich das Gefühl, keine echten Freunde zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sind meine Beziehungen oberflächlich und unbefriedigend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Fühle ich mich in Beziehungen unverstanden oder ignoriert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Habe ich niemanden, mit dem ich intime Gespräche führen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Fehlt mir eine Person, der ich wirklich vertrauen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Beeinträchtigt meine Einsamkeit meine Lebensfreude und Motivation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Habe ich aufgrund meiner Einsamkeit oft depressive Gedanken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Habe ich aufgegeben, neue Beziehungen einzugehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. War ich schon als Kind oft allein oder ausgeschlossen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)01. Umgang mit Verantwortung

Verantwortung zu übernehmen ist wichtig – doch ein Übermass kann belasten. Manche übernehmen ständig zu viel Verantwortung, andere entziehen sich. Dieser Selbstcheck zeigt, wie du mit Pflichten umgehst, ob du dich überforderst und ob du Verantwortung delegieren kannst – für Balance zwischen Pflichtgefühl und Selbstbestimmung.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass alles von mir abhängt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass ich keine Fehler machen darf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Würde ich mich am liebsten aus der Verantwortung ziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ist Verantwortung für mich immer eine Last? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich mich nur wertvoll, wenn ich Verantwortung trage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Habe ich Schuldgefühle, wenn ich Aufgaben ablehne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Belastet es mich, Verantwortung zu teilen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich Angst, wenn ich Verantwortung übernehme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Übernehme ich regelmässig zu viel Verantwortung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Schiebe ich Verantwortung oft auf andere ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fehlen mir Strategien, um Verantwortung gleichmässig zu verteilen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Weiche ich klaren Entscheidungen aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich körperliche Last, wenn ich Verantwortung trage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Erlebe ich Stresssymptome, wenn ich Verantwortung übernehme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Fühle ich mich geschwächt, nie gestärkt, wenn ich allein verantwortlich bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Bleibt das Gefühl der Last auch dann, wenn ich Verantwortung teile? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Ziehe ich Menschen an, die Verantwortung abgeben wollen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fühle ich mich in Beziehungen überlastet, weil ich zu viel Verantwortung trage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Trage ich die Verantwortung meist allein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Habe ich oft das Gefühl, dass Pflichten ungleich verteilt sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dauerhaft zu viel bzw. zu wenig Verantwortung zu tragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sehe ich mich auf lange Sicht durch zu viel Verantwortung geschwächt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Glaube ich, dass ich nicht in der Lage bin, Verantwortung zu übernehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Übernehme ich so viel Verantwortung, dass es mich gesundheitlich belastet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir vermittelt, dass ich für alles verantwortlich bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)02. Umgang mit Macht & Einfluss

Macht und Einfluss können Verantwortung bedeuten – oder Missbrauch. Viele Menschen scheuen Macht, andere suchen sie um jeden Preis. Dieser Selbstcheck zeigt, wie du mit Macht umgehst: ob du sie verantwortungsvoll nutzt oder ob du dich klein machst – für eine Balance zwischen selbstbewusstem Handeln und Passivität.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich, dass Macht immer gefährlich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass ich überhaupt keinen Einfluss habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Glaube ich, dass Macht zwangsläufig zu Korruption führt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich, dass Einfluss nur mit Druck möglich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich mich ohnmächtig, wenn ich keinen Einfluss habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bereitet Macht mir immer Unbehagen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Habe ich Angst, in einer Machtposition abgelehnt zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fällt es mir schwer, stolz auf mein Wirken zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Vermeide ich es, Einfluss zu nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vermeide ich Entscheidungen, die mich in eine Machtposition bringen könnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Nutze ich Macht auf unfaire oder manipulative Weise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Missbrauche ich Macht, um meine Ziele durchzusetzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich Anspannung, wenn ich Einfluss nehmen soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sind Machtpositionen für mich eine Last? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Blockiere ich körperlich, wenn ich Stärke zeigen soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Macht es mich nervös, wenn ich Einfluss nehmen könnte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Empfinge ich in vielen meiner Beziehungen ein Machtgefälle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fühle ich mich oft von anderen unterdrückt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Zerstöre ich aus meiner Machtposition heraus Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Verliere ich an Respekt, wenn ich Einfluss habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Bereite es mir grosse Genugtuung, Macht auszuüben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Verunsichert es mich, wenn ich ausgewogen Einfluss nehmen soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Glaube ich, dass mächtige Menschen immer die richtigen Entscheidungen treffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Fehlt mir die Balance zwischen gesundem Selbstbewusstsein und Unterwürfigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Macht korrumpiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)03. Zeitmanagement & Produktivität

Zeit ist unsere wichtigste Ressource. Ein gutes Management schafft Klarheit, Überlastung führt zu Stress und Schuldgefühlen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du deine Zeit bewusst nutzt, Prioritäten setzt und Erholung einplanst oder ob du dich in Hektik verlierst. Ziel ist, eine Balance zwischen Produktivität, Ruhe und Lebensqualität zu erreichen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich oft, dass meine Zeit nie reicht?
- 2. Glaube ich, dass ich immer beschäftigt sein muss?
- 3. Fehlt mir Klarheit in Bezug auf meine Prioritäten?
- 4. Habe ich oft das Gefühl, dass andere über meine Zeit bestimmen?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Fühle ich mich schuldig, wenn ich nicht produktiv bin?
- 6. Fehlt mir die Freude, wenn ich produktiv bin?
- 7. Fühle ich mich gestresst, weil ich zu viele Verpflichtungen habe?
- 8. Fällt es mir schwer, freie Zeit zu geniessen?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Fehlt mir Struktur in meiner Planung?
- 10. Verliere ich mich oft in unwichtigen Dingen?
- 11. Fehlen mir effiziente Routinen?
- 12. Versäume ich notwendige Pausen?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Spüre ich Stress, wenn ich unter Zeitdruck stehe?
- 14. Raubt es mir Energie, mein Zeitmanagement zu planen?
- 15. Reagiere ich körperlich stark auf Hektik oder Überforderung?
- 16. Bleibe ich trotz Zeitplanung unruhig?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Habe ich das Gefühl, dass mich mein Zeitmangel von anderen entfernt?
- 18. Fehlt mir Zeit für wichtige Beziehungen?
- 19. Lasse ich mir von anderen meine Zeitgestaltung diktieren?
- 20. Fühle ich mich mit meinem Zeitmanagement allein gelassen und überfordert?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Kommt es mir oft so vor, als verschwende ich meine Lebenszeit?
- 22. Fehlt mir die Balance zwischen Arbeit und Freizeit?
- 23. Glaube ich, dass ich meine Zeit nie in den Griff bekomme?
- 24. Mindert mein schlechtes Zeitmanagement meine Lebensqualität?
- 25. Wurde mir vermittelt, dass nur Tätigsein wertvoll ist?

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)04. Finanzen & Wohlstand

Finanzielle Sicherheit beeinflusst unsere Freiheit, unseren Selbstwert und unsere Lebensqualität. Geld kann Stress oder Stabilität bedeuten. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du bewusst mit Finanzen umgehst und deinen Wohlstand planst oder ob Ängste und Vorurteile dein Verhältnis zu Geld prägen – für mehr Sicherheit und Selbstbestimmung.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass ich nie genug Geld habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass Geld meinen Wert bestimmt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fehlen mir klare finanzielle Ziele? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich, dass Wohlstand für mich unerreichbar ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Schäme ich mich für meine finanzielle Situation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gibt mir finanzielle Sicherheit kein Gefühl von Zufriedenheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Habe ich Angst vor Armut oder Verlust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fehlt es mir an Dankbarkeit für das, was ich habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Vernachlässige ich meine Finanzplanung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Gehe ich sorglos mit Geld um? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fehlen mir Spar-Strategien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Handle ich spontan und ohne Rücksicht auf mein Budget? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich Stresssymptome bei Geldsorgen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bleibe ich trotz finanzieller Stabilität angespannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Werde ich unruhig beim Umgang mit Rechnungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Hält meine Anspannung an, obwohl ich vernünftig plane? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Streite ich mich mit anderen über Geld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Finde ich, dass die finanziellen Mittel in meinem Umfeld unfair verteilt sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fehlt mir finanzielle Unterstützung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Glaube ich, dass Geld Menschen voneinander trennt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass ich mit wenig Geld sicherer bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Verunsichert mich eine langfristige Finanzplanung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Denke ich, dass materieller Wohlstand meine innere Freiheit zerstört? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Empfinde ich finanzielle Selbstbestimmung als eine Belastung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir vermittelt, dass Geld etwas Schmutziges ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)05. Digitalisierung & Medienkompetenz

Digitale Medien sind Segen und Fluch zugleich. Sie verbinden uns, liefern Informationen und erleichtern den Alltag, können aber auch Stress, Abhängigkeit und Überforderung verursachen. Medienkompetenz bedeutet, bewusst mit Smartphone, Internet und Co. umzugehen. Dieser Selbstcheck zeigt dir, ob du dein Medienverhalten steuerst und digitale Tools für dich statt gegen dich arbeiten lässt.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass ich zu viel Zeit online verbringe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass ich ohne Smartphone hilflos wäre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ignoriere ich Datensicherheit und den Schutz meiner Privatsphäre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fehlt mir ein Problembewusstsein in Bezug auf Social Media? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Habe ich das Gefühl, dass digitale Tools meinen Alltag kontrollieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich abhängig von Likes oder Kommentaren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bin ich unruhig, wenn ich mein Handy nicht dabei habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich von der Nachrichtenflut gestresst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Habe ich Schuldgefühle, wenn ich zu lange online war? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Werde ich nervös, wenn ich offline bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Schaue ich oft aufs Handy, während ich mit anderen spreche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Nutze ich digitale Geräte direkt nach dem Aufwachen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Fällt mir digitale Abstinenz schwer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Brauche ich ständige Ablenkung, wenn ich Aufgaben erledige? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Nutze ich Medien eher passiv als aktiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Habe ich körperliche Beschwerden (Nacken, Augen etc.) wegen Mediennutzung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Spüre ich meinen Körper nach langen Onlinephasen schlechter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Überanstrengte ich meine Augen ohne Pausen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Verhindert mein Medienkonsum Sport oder Bewegung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Bleibe ich offline körperlich angespannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Fühlen sich andere von mir ignoriert, wenn ich online bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ersetze ich reale Gespräche oft durch Chats oder Mails? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Teile ich unbedacht private Inhalte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Vernachlässige ich Kontaktpflege trotz digitaler Medien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Fehlen mir gemeinsame Offline-Aktivitäten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Ignoriere ich meine digitalen Spuren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Hemmen digitale Medien meine Kreativität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Fehlt mir eine klare Haltung zur Mediennutzung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Sehe ich die Digitalisierung als Hindernis für Weiterentwicklung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Zweifle ich daran, offline erfüllt leben zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Wurde mir vermittelt, dass man immer erreichbar sein muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)06. Kreativität & Selbsta Ausdruck

Kreativität ist mehr als Kunst. Sie zeigt sich in Lösungsansätzen und Lebensgestaltung. Selbsta Ausdruck bedeutet, die unsere innere Welt sichtbar zu machen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dir Raum für Kreativität nimmst und dich authentisch ausdrückst oder ob Perfektionismus und Selbstkritik dich blockieren – für mehr Lebendigkeit im Alltag.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich, dass ich nicht kreativ bin? □ □ □ □ □
- 2. Glaube ich, dass Kreativität nur besonderen Menschen vorbehalten ist? □ □ □ □ □
- 3. Habe ich oft Ideen, die ich nicht umsetze? □ □ □ □ □
- 4. Denke ich, dass es riskant ist, sich authentisch auszudrücken? □ □ □ □ □

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Fühle ich Scham, wenn ich mich ausdrücke? □ □ □ □ □
- 6. Fehlt mir die Freude an kreativen Tätigkeiten? □ □ □ □ □
- 7. Habe ich Angst, bewertet zu werden? □ □ □ □ □
- 8. Schäme ich mich für meine kreativen Versuche? □ □ □ □ □

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Vernachlässige ich kreative Auszeiten? □ □ □ □ □
- 10. Unterdrücke ich kreative Impulse aus Angst vor Kritik? □ □ □ □ □
- 11. Vermeide ich es, neue Ausdrucksformen auszuprobieren? □ □ □ □ □
- 12. Fehlen mir kreativitätsfördernde Routinen? □ □ □ □ □

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Empfinde ich kreative Tätigkeiten als belastend? □ □ □ □ □
- 14. Erlebe ich Blockaden, wenn ich versuche, mich auszudrücken? □ □ □ □ □
- 15. Fällt es mir schwer, mich zu kreativen Beschäftigungen anzuspornen? □ □ □ □ □
- 16. Fühle ich Anspannung, weil ich keinen kreativen Ausdruck finde? □ □ □ □ □

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Verstecke ich meine kreativen Ideen vor anderen? □ □ □ □ □
- 18. Fühle ich mich vor anderem in meinem Selbsta Ausdruck gehemmt? □ □ □ □ □
- 19. Habe ich Angst, dass meine kreativen Beiträge abgelehnt werden? □ □ □ □ □
- 20. Befürchte ich, dass meine Kreativität eine Kluft zwischen mir und anderen schafft? □ □ □ □ □

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Habe ich das Gefühl, dass ich mit Kreativität nicht viel anfangen kann? □ □ □ □ □
- 22. Fühle ich mich trotz kreativer Hobbys langfristig unzufrieden? □ □ □ □ □
- 23. Glaube ich, dass Kreativität nur Wenigen vorbehalten ist? □ □ □ □ □
- 24. Lösen Gedanken an Kreativität bei mir Frust aus? □ □ □ □ □
- 25. Wurde mir vermittelt, dass Kreativität Zeitverschwendung ist? □ □ □ □ □

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)07. Balance zwischen Arbeit & Erholung

Balance bedeutet, Energie klug zu verteilen: arbeiten, wirken, regenerieren, geniessen. Ein dauerhafter Leistungsmodus führt zu Erschöpfung, fehlende Struktur zu Leere. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du Prioritäten setzt, Pausen machst und Erholung ernst nimmst oder ob Überlastung, Schuldgefühle oder Ziellosigkeit dominieren.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | |
|---|-----------|
| 1. Glaube ich, immer Leistung bringen zu müssen? | □ □ □ □ □ |
| 2. Denke ich, Erholung müsse man sich erst verdienen? | □ □ □ □ □ |
| 3. Ist mir unklar, wie ich Balance umsetzen kann? | □ □ □ □ □ |
| 4. Fällt es mir schwer, Grenzen zu setzen? | □ □ □ □ □ |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | |
|---|-----------|
| 5. Fühle ich mich schuldig, wenn ich Pausen mache? | □ □ □ □ □ |
| 6. Führt Erholung bei mir nicht zu innerer Zufriedenheit? | □ □ □ □ □ |
| 7. Fühle ich innere Unruhe ohne meine To-do-Listen? | □ □ □ □ □ |
| 8. Fällt es mir schwer, Auszeiten zu geniessen? | □ □ □ □ □ |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | |
|--|-----------|
| 9. Versäume ich, Pausen und Freizeit aktiv einzuplanen? | □ □ □ □ □ |
| 10. Überschreite ich regelmässig meine Belastungsgrenzen? | □ □ □ □ □ |
| 11. Fehlt es mir an Ritualen für Erholung und Genuss? | □ □ □ □ □ |
| 12. Halte ich an Terminen fest, auch wenn es mir zu viel wird? | □ □ □ □ □ |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | |
|--|-----------|
| 13. Ignoriere ich körperliche Warnsignale? | □ □ □ □ □ |
| 14. Ist es mir fast unmöglich, Anspannung abzubauen? | □ □ □ □ □ |
| 15. Schlafe ich zu wenig oder unruhig? | □ □ □ □ □ |
| 16. Fühle ich mich nach Pausen immer noch erschöpft? | □ □ □ □ □ |

Gruppe e): Beziehungen

- | | |
|--|-----------|
| 17. Missachten andere meine Erholungszeiten? | □ □ □ □ □ |
| 18. Versäume ich, gemeinsame Freizeit zu verabreden? | □ □ □ □ □ |
| 19. Verschweige ich meine Kapazitätsgrenzen? | □ □ □ □ □ |
| 20. Stören Beziehungsverpflichtungen meine Balance? | □ □ □ □ □ |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | |
|--|-----------|
| 21. Habe ich das Gefühl, mich selbst zu verschleissen? | □ □ □ □ □ |
| 22. Verliere ich aufgrund fehlender Balance langfristig an Leistungsfähigkeit? | □ □ □ □ □ |
| 23. Glaube ich, dass Erholung unproduktiv macht? | □ □ □ □ □ |
| 24. Misslingt es mir, Balance fest in meinem Leben zu etablieren? | □ □ □ □ □ |
| 25. Wurde mir vermittelt, dass nur faule Menschen Pause machen? | □ □ □ □ □ |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)08. Bin ich ein guter Leader?

Gute Führung ist in allen Lebensbereichen wichtig – ob als Elternteil, Vereinsvorstand oder Chef. Erfolgreiche Leader kommunizieren klar, treffen faire Entscheidungen, übernehmen Verantwortung und motivieren andere. Sie sind Vorbilder, die Vertrauen schaffen und Teams zum Erfolg führen. Schlechte Führung führt zu Konflikten, Demotivation und schlechten Ergebnissen. Die Grundprinzipien effektiver Führung sind universell. Wer in einem Bereich gut führt, kann dies auf alle anderen Bereiche übertragen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | |
|---|--|
| 1. Zweifle ich häufig an meinen Führungsentscheidungen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Fühle ich mich mit Führungsverantwortung überfordert? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Bin ich mir unsicher in Bezug auf meine Führungskompetenzen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Habe ich Angst vor schwierigen Entscheidungen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | |
|---|--|
| 5. Denke ich, dass andere bessere Leader wären als ich? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Habe ich das Gefühl, dass mich niemand als Leader respektiert? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Empfinde ich mich als ungeeignet für Führungsaufgaben? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Zweifle ich daran, dass andere mir vertrauen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | |
|---|--|
| 9. Vermeide ich schwierige Entscheidungen oder schiebe sie auf? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Kontrolliere ich andere, statt zu delegieren? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. Kommuniziere ich unklar oder widersprüchlich? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Ignoriere ich Konflikte oder gehe ihnen aus dem Weg? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Gebe ich anderen selten oder nie Feedback? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Treffe ich wichtige Entscheidungen im Alleingang? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | |
|---|--|
| 15. Fühle ich mich in Führungssituationen gestresst? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. Bin ich bei Gesprächen oder Präsentationen extrem nervös? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. Bemerke ich körperliche Anspannung, wenn ich jemanden konfrontiere? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. Erschöpfe ich leicht, wenn ich Führungsaufgaben übernehme? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | |
|--|--|
| 19. Beschweren sich andere über meinen Führungsstil? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20. Herrscht schlechte Stimmung in meinem Team (Verein, Familie)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. Verlassen viele Menschen meine Gruppe? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22. Stellen andere meine Entscheidungen häufig in Frage? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. Gibt es unter meiner Führung oft Missverständnisse oder Konflikte? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | |
|---|--|
| 24. Verfehlt mein Team die gesetzten Ziele? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 25. Gibt es unter meiner Führung niemals Veränderungen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 26. Muss ich meine Führungsentscheidungen häufig revidieren? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 27. War ich früh mit autoritären oder kontrollierenden Bezugspersonen konfrontiert? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)09. Bin ich ein guter Angestellter?

Ein guter Angestellter zeichnet sich durch Zuverlässigkeit, Eigeninitiative, Teamfähigkeit und Qualitätsbewusstsein aus. Er erfüllt seine Aufgaben gewissenhaft, kommuniziert konstruktiv und trägt zu einer positiven Arbeitsatmosphäre bei. Problematische Angestellte sind unzuverlässig, unmotiviert oder destruktiv in ihrem Verhalten. Eine realistische Selbsteinschätzung ist wichtig für die berufliche Entwicklung und kann helfen, Stärken zu erkennen und Schwächen gezielt zu verbessern.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Habe ich Schwierigkeiten, meine Aufgaben rechtzeitig fertigzustellen?
- 2. Übernehme nur dann Verantwortung, wenn es explizit von mir verlangt wird?
- 3. Gehe ich mit Vorgesetzten und Kollegen in Stresssituationen respektlos um?
- 4. Gebe ich meine Arbeit ab, ohne sie noch einmal überprüft zu haben?
- 5. Weise ich Kollegen ab, wenn sie Hilfe brauchen?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 6. Empfinde ich mich als schwächstes Glied im Team?
- 7. Habe ich Angst vor negativem Feedback oder Kritik?
- 8. Fühle ich mich im Unternehmen unwichtig oder austauschbar?
- 9. Schäme ich mich für Fehler oder meine Arbeitsleistung?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 10. Komme ich häufig zu spät oder halte Termine nicht ein?
- 11. Schiebe ich unangenehme Aufgaben vor mir her?
- 12. Vermeide ich Verantwortung oder schwierige Projekte?
- 13. Bringe ich selten eigene Ideen oder Verbesserungsvorschläge ein?
- 14. Arbeite ich nur das Minimum ab und zeige keine Eigeninitiative?
- 15. Kommuniziere ich ineffektiv oder unzureichend mit Kollegen?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 16. Fühle ich mich am Arbeitsplatz oft müde oder unmotiviert?
- 17. Spüre ich bei der Arbeit körperliche Anspannung oder Stress?
- 18. Bin ich häufig krank oder fehle am Arbeitsplatz?
- 19. Fühle ich mich bei erhöhten Arbeitsanforderungen körperlich unwohl?

Gruppe e): Beziehungen

- 20. Beschweren sich Kollegen oder Vorgesetzte über meine Arbeit?
- 21. Entstehen wegen meines Verhaltens häufig Konflikte?
- 22. Fühlen sich andere durch meine Arbeitsweise behindert oder gestört?
- 23. Bekomme ich selten positive Rückmeldungen von Vorgesetzten?
- 24. Werde ich bei wichtigen Projekten oder Entscheidungen übergangen?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 25. Wurde ich schon mehrfach getadelt oder abgemahnt?
- 26. Stagniere ich beruflich oder bekomme keine Beförderungen?
- 27. Glaube ich, dass Kollegen oder Vorgesetzte für alle Probleme verantwortlich sind?
- 28. Hatte ich schon früh Schwierigkeiten mit Pflichten und Verantwortung?

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)10. Veränderung & Loslassen

Leben bedeutet Veränderung – doch Loslassen fällt vielen schwer. Das Festhalten an Mustern, Dingen oder Beziehungen kann unsere Entwicklung blockieren. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du offen für Neues bist und Vergangenes verarbeiten kannst oder ob Angst und Kontrollzwang dich fesseln. Ziel ist es, Flexibilität und Vertrauen in den Wandel zu entwickeln.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass Veränderungen bedrohlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass das Alte immer besser ist als das Neue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich Gedanken, die ein Loslassen erschweren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich oft, dass ich nicht loslassen darf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich Angst, wenn etwas im Leben endet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erlebe ich Trauer beim Abschiednehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Misstraue ich allem Neuen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Erlebe ich Schuld, wenn ich Menschen oder Dinge loslasse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Halte ich an Dingen fest, die mir nicht guttun? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vermeide ich bewusst Veränderungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Lehne ich es ab, neue Möglichkeiten auszuprobieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Schiebe ich Abschiedsentscheidungen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich körperliche Anspannung bei Veränderungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Belastet mich Loslassen stark? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Erlebe ich in unsicheren Situationen körperliche Unruhe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fehlt mir Gelassenheit bei Neuanfängen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Halte ich an Beziehungen fest, obwohl sie mir nicht guttun? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Glaube ich, dass Abschied immer endgültig ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fesseln mich Beziehungen, weil ich an ihnen festhalte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Erstarren meine Beziehungen in alten Mustern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass mein Festhalten mich langfristig blockiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Fürchte ich, dass Loslassen mich einsam statt frei macht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Wehre ich mich gegen natürliche Veränderung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Sehe ich Wandel prinzipiell als Bedrohung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Stabilität wichtiger ist als Wachstum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)11. Neugier versus Sicherheitsbedürfnis

Dieser Selbstcheck hilft dir herauszufinden, ob dein Handeln eher von Neugier oder von einem Bedürfnis nach Sicherheit geprägt ist. Neugier steht für Offenheit, Staunen und Flexibilität, das Sicherheitsbedürfnis oft für Planung, Kontrolle und Angstvermeidung.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Oder-Fragen: links ① = Neugier, rechts ⑤ = Sicherheitsbedürfnis

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | |
|---|--|
| 1. Suche ich Wissen, weil es mich fasziniert ① oder weil ich mich unsicher ⑤ fühle? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Denke ich, dass Wissen mich freier ① oder sicherer ⑤ macht ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich das Gefühl, ohne ständige Vorbereitung die Kontrolle zu verlieren? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Fühle ich innere Anspannung, wenn ich meine Pläne ändern muss? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Fühle ich mich sicherer, wenn ich mehr weiss als andere? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | |
|--|--|
| 6. Was ist wichtiger: Neues entdecken ① oder Unsicherheit vermeiden ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühlt sich Lernen eher nach Abenteuer ① oder nach Zwang an ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Mache ich mir Vorwürfe, wenn ich etwas nicht weiss? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Löst Ungewissheit in mir Neugier ① oder Angst aus ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Finde ich Planung eher spannend ① oder eher beruhigend ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | |
|---|--|
| 11. Zögere ich, wenn ich die Chance habe, etwas Neues auszuprobieren? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Ändere ich meine Pläne öfter ① oder halte ich starr an ihnen fest ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Rede ich, um meine Begeisterung zu teilen ① oder mein Wissen zu zeigen ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Zwingen mich, alles im Blick zu behalten, auch wenn es mich erschöpft? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Versuche ich Fehler um jeden Preis zu vermeiden? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | |
|--|--|
| 16. Fühle ich körperliche Unruhe, wenn ich unvorbereitet bin? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. Spüre ich Aufregung als positive Spannung ① oder als Angst ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. Werde ich in unsicheren Situationen unruhig? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. Übersehe ich körperliche Signale für Überforderung? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20. Liebe ich Abwechslung ① oder bevorzuge ich regelmässige Rituale ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | |
|---|--|
| 21. Möchte ich andere inspirieren ① oder suche ich eher nach Anerkennung ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22. Unterhalte ich mich aus Neugier ① oder aus Angst, etwas zu verpassen ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. Versuche ich alles, was ich höre, gleich einzuordnen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24. Muss ich immer selbst die Führung übernehmen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | |
|---|--|
| 25. Was wirkt nach einem Abenteuer nach: Begeisterung ① oder Erleichterung ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 26. Denke ich rückblickend «Wow!» ① oder «Gut, dass nichts schiefgegangen ist!» ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 27. Lerne ich, weil die Welt spannend ist ① oder weil ich noch nicht alles weiss ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 28. Brauche ich eine perfekte Vorbereitung, um mich sicher zu fühlen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 29. Erlebe ich Wissen als Spielzeug ① oder als Schutzschild ⑤? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 30. Wurde mir beigebracht, dass Sicherheit wichtiger ist als Entdeckung? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)12. Will ich krank oder gesund sterben?

Du brauchst nur zwei Dinge für ein möglichst langes Leben: einen gesunden Körper und einen gesunden Geist. Doch viele setzen ihre Autonomie durch Inaktivität und schlechte Gewohnheiten aufs Spiel. Regelmäßige Bewegung, ausgewogene Ernährung und ausreichend Schlaf schützen deinen Körper. Lernen, kritisches Hinterfragen, das Pflegen sozialer Kontakte und aktive Stressreduktion sorgen für einen klaren Geist. Gute Problemlösungsstrategien im Alltag sichern dir Lebensqualität und Freiheit im Alter. Dieser Fragebogen zeigt dir, ob du verstehst, wie wichtig körperliche und geistige Bewegung für dein Leben sind und wie konsequent du dieses Wissen umsetzt, um gesund zu altern.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Weiss ich, dass Bewegungsmangel meine Lebenserwartung drastisch verkürzen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Verstehe ich, dass meine körperliche Fitness über meine Autonomie im Alter entscheidet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Weiss ich, dass Bewegung wichtiger für die Gesundheit ist als die meisten Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich daran, wie ich mit 70, 80 oder 90 Jahren leben möchte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fühle ich mich schlecht, wenn ich tagelang keinen Sport gemacht habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Empfinde ich Zufriedenheit nach körperlicher Aktivität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bin ich stolz auf meine körperliche Fitness? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Motiviert mich der Gedanke, auch im hohen Alter vital und unabhängig zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Bewege ich mich täglich mindestens 30 Minuten intensiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Integriere ich bewusst körperliche Aktivität in meinen Alltag (Treppen, Fahrrad, Gehen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Treibe ich regelmässig Sport oder mache systematisches Krafttraining? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Verzichte ich auf Bequemlichkeiten (Aufzug, Auto etc.), um mich mehr zu bewegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Sind mir Gefühle von Müdigkeit und Motivationsmangel fremd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Fühle ich mich bei der Arbeit körperlich ausgeglichen und vital? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sind Fehltag aufgrund von Krankheit bei mir sehr selten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühle ich mich trotz erhöhter Arbeitsanforderungen körperlich wohl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Motiviere ich andere zu mehr Bewegung und einem gesünderen Lebensstil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Umgebe ich mich mit Menschen, die ebenfalls Wert auf Fitness legen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Plane ich gemeinsame sportliche Aktivitäten mit Familie oder Freunden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Bin ich in Sachen körperliche Aktivität ein positives Vorbild für andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Sehe ich körperliche Fitness als Investition in meine Zukunft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Bin ich bereit, kurzfristige Bequemlichkeit für langfristige Gesundheit zu opfern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Verstehe ich, dass «keine Zeit für Sport» bedeutet, Zeit für Krankheit einzuplanen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Betrachte ich Bewegung als so wichtig wie Zähneputzen oder Essen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Akzeptiere ich, dass Bewegungsmangel unweigerlich zu einem kranken Alter führt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Wurde mir vermittelt, dass körperliche Aktivität wichtig und selbstverständlich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C) Verhalten & Lebenseinstellung

C)13. Handle ich umweltbewusst

Umweltbewusstes Handeln heisst, die Umwelt zu schützen und auf nachhaltigen Ressourcenverbrauch zu achten. Dazu gehören Mülltrennung, Energiesparen, bewusster Konsum, nachhaltige Mobilität und umweltfreundliche Kaufentscheidungen. Umweltschädliches Verhalten belastet Ökosysteme und trägt zum Klimawandel bei. Die Reflexion des eigenen ökologischen Fussabdrucks hilft, problematische Verhaltensmuster zu erkennen und positive Veränderungen für Umwelt und zukünftige Generationen zu bewirken.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich selten über die Umweltfolgen meines Handelns nach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Halte ich Umweltschutz für übertrieben oder unwichtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Glaube ich, dass mein Beitrag zum Umweltschutz bedeutungslos ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ignoriere ich bewusst Berichte über Umweltprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Finde ich umweltbewusstes Verhalten zu kompliziert oder zu aufwendig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Denke ich, dass andere dafür verantwortlich sind, den Planeten zu retten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Glaube ich, dass ich das Recht habe, die Natur auszubeuten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ist mir mein ökologischer Fussabdruck egal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fühle ich mich bestätigt oder erleichtert, wenn Menschen den Klimawandel leugnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Verschwende ich oft Wasser oder Energie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Entsorge ich Müll unsachgemäss oder trenne ihn nicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Kaufe ich häufig unnötige oder kurzlebige Produkte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nutze ich oft das Auto statt umweltfreundlicher Verkehrsmittel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Konsumiere ich viel Fleisch oder umweltbelastende Lebensmittel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ignoriere ich beim Einkaufen umweltfreundliche Alternativen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Habe ich noch nie CO2 kompensiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Fühle ich mich in einer verschmutzten Umgebung wohl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Werde ich aggressiv, wenn jemand mein umweltschädliches Verhalten kritisiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühle ich mich erleichtert, wenn ich Müll unbeobachtet in der Natur entsorgen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Lassen mich Berichte über Tiere, die infolge der Umweltverschmutzung sterben, kalt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Kritisieren andere mein umweltschädliches Verhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Entstehen Konflikte, weil ich den Umweltschutz ablehne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ärgern sich Freunde oder Familie über meine Umweltsünden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Werde ich als in Bezug auf die Umwelt als verantwortungslos wahrgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Breche ich Diskussionen über Umweltthemen sofort ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Verschlechtert sich mein Umweltverhalten mit der Zeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Langweilen mich Überlegungen zur Verbesserung des Klimaschutzes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Denke ich oft mit Freude an früher, als man noch nicht auf die Umwelt achten musste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Wurde Umweltschutz in meiner Familie ignoriert oder nicht ernst genommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)01. Lebenssinn & Orientierung

Ein Gefühl von Sinn und Richtung gibt dem Leben Halt. Ohne Orientierung entsteht oft ein Gefühl von Leere oder Getriebenheit. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du deine Werte kennst, ob du dich mit deinem Leben verbunden fühlst und ob du langfristige Ziele hast oder ob Zweifel, Orientierungslosigkeit und Leere dominieren.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass mein Leben keinen klaren Sinn hat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Weiss ich nicht genau, was meine Prioritäten sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zweifle ich an meiner Fähigkeit, Ziele zu erreichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Erscheint mir mein Leben zusammenhangslos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Fehlt mir ein Gefühl der Erfüllung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erlebe ich Unzufriedenheit oder Leere, wenn ich über mein Leben nachdenke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühle ich mich oft fehl am Platz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hadere ich mit meinem bisherigen Lebensweg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Stehe ich im Alltag selten für meine Werte ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Habe ich manchmal das Gefühl, ziellos durchs Leben zu treiben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fühle ich mich oft orientierungslos oder getrieben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Verschwende ich viel Zeit mit Unwichtigem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Habe ich das Gefühl, dass mein Mangel an Lebenssinn mir Energie raubt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Fühle ich mich erschöpft, weil es mir schwerfällt, Sinn in meinem Leben zu finden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Werde ich körperlich unruhig, wenn ich mich für ein Ziel entscheiden muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Bleibe ich unruhig, selbst wenn scheinbar alles stimmt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Fällt es mir schwer, den Sinn von Beziehungen zu sehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fühle ich mich trotz gemeinsamer Werte von anderen Menschen getrennt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sind meine Ziele nur dann legitim, wenn andere sie teilen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Fehlt mir die Inspiration durch den Austausch mit anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, langfristig auf keinem stimmigen Weg zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Fehlt mir trotz Sinn und Orientierung innerer Frieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Erlebe ich mehr Sinnkrisen als Sinnerfüllung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Fehlt meinem Leben eine tiefere Bedeutung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir ein Lebenssinn vorgegeben, statt mich zu ermutigen, ihn selbst zu finden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)02. Lebensfreude & Genussfähigkeit

Lebensfreude entsteht, wenn wir uns Glück und Genuss im Alltag erlauben. Oft verhindern jedoch Stress, Schuldgefühle oder Leistungsdenken den Zugang zu Leichtigkeit. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du Freude bewusst erlebst, dir Genussmomente gönnst und Zugang zu positiven Gefühlen hast – für ein erfüllteres, freieres Leben.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass ich mir Freude erst verdienen muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass Arbeit wichtiger ist als Genuss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich Gedanken, die Leichtigkeit blockieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sehe ich Spass als unwichtig oder Zeitverschwendung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Übersehe ich kleine Freuden im Alltag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Habe ich Schuldgefühle, wenn ich geniesse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Erlebe ich innerliche Unruhe, wenn ich nicht produktiv bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fehlt es mir an Dankbarkeit für positive Momente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Verweigere ich mir Pausen und Genuss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Versäume ich es, freudvolle Aktivitäten zu planen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Verliere ich mich im Alltag und vergesse zu geniessen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ist echtes Lachen bei mir selten geworden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Fehlen mir körperliche Leichtigkeit und Energie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Spüre ich Blockaden oder Anspannung, wenn ich mich entspannen will? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Fällt es mir schwer, nicht an anderes zu denken, wenn ich mich entspanne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Hinterlassen Sinnesfreuden keinen bleibenden Eindruck bei mir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Behalte ich meine Freude lieber für mich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Blockiere ich Leichtigkeit in Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fällt es mir schwer, ausgelassen zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sind andere Menschen für mich selten eine Quelle von Freude? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, langfristig keine Freude im Leben zu kultivieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Fühle ich mich trotz kleiner Glücksmomente innerlich leer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Erlebe ich Freude eher als Ausnahme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Verbiете ich mir unbewusst Glück und Genuss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Genuss Faulheit bedeutet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)03. Spiritualität & Weltanschauung

Spiritualität bedeutet für manche Glauben, für andere Verbundenheit oder Sinnsuche. Sie kann Halt geben und wichtige Fragen aufwerfen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du spirituelle und weltanschauliche Orientierung hast, ob du Vertrauen und Kraft daraus schöpfst oder ob Unsicherheit und Zweifel dominieren.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fehlt mir der Blick für grössere Zusammenhänge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Fehlt mir jeder Bezug zu Spiritualität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fehlen mir leitende Werte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fehlt mir ein übergeordneter Sinn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Glaube ich, dass weltanschauliche Orientierung bedeutungslos ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erlebe ich Unruhe oder Angst, wenn etwas sinnlos scheint? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sind mir spirituelle Praktiken fremd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Habe ich oft Zweifel in Bezug auf den Gang der Welt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Fehlen spirituelle Momente in meinem Alltag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Reduziere ich alles auf eine praktische Ebene? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vermeide ich Stille und Einkehr? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fällt es mir schwer, Dinge aus einer höheren Warte zu sehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Macht mich spirituelle Praxis unruhig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Fehlt mir ein Gespür für Grenzenlosigkeit und Weite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Spüre ich körperliche Blockaden im Zusammenhang mit spirituellen Fragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Verhindert meine Unruhe jede Achtsamkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Behalte ich spirituelle Erfahrungen für mich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fühle ich mich trotz Gemeinschaft isoliert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Haben Beziehungen für mich einen rein praktischen Wert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Denke ich, dass Spiritualität meine Beziehungen zu anderen belasten könnte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass ich mich um mich selbst drehe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Fehlt mir trotz meiner Weltanschauung langfristig ein klarer Sinn im Leben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Denke ich, dass spirituelle Orientierung unnötig ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Habe ich das Gefühl, dass spirituelle Fragen vom Wesentlichen ablenken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Spiritualität Unfug ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)04. Naturverbundenheit & Innere Ruhe

In der Natur können wir innere Ruhe, Klarheit und Verbundenheit erleben. Erdung bedeutet, wieder in Kontakt mit den eigenen Sinnen und dem Körper zu kommen, statt sich in Gedanken oder Aufgaben zu verlieren. Dieser Selbstcheck zeigt, wie stark deine Verbindung zur Natur ist, ob du sie bewusst suchst und ob sie dir Energie, Ausgleich und Lebensfreude schenkt.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vermeide ich es, Zeit in der Natur zu verbringen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass die Natur unwichtig für meine Gesundheit ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Finde ich die Natur belanglos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wäre ich ohne Natur genauso ausgeglichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Denke ich, dass Zeit in der Natur meine Produktivität beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich schuldig, wenn ich draussen bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Langweilt mich das Beobachten von Tieren, Pflanzen usw.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Habe ich nie Sehnsucht nach einem Ruheort in der Natur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Empfinde ich keine Dankbarkeit in der Natur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Erlebe ich an der frischen Luft gleich viel Stress wie drinnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Finde ich Ausreden, wenn geplant ist, Zeit in der Natur zu verbringen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fehlen mir feste Naturrituale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nutze ich Naturerlebnisse gezielt, um Abstand von meinem Alltag zu schaffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Entscheide ich mich immer für Technologie statt für die Natur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vermeide ich auch bei Überlastung einen Ausgleich im Grünen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Atme ich in der Natur genauso flach wie sonst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Spüre ich meinen Körper draussen genauso wenig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bleibe ich im Grünen körperlich angespannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühle ich mich nach Bewegung in der Natur unwohl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Fehlt es mir an Ritualen wie Barfusslaufen oder Anlehnen an Bäume? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Behalte ich Naturerlebnisse für mich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Fehlen mir Freunde für Outdoor-Aktivitäten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Spreche ich nie darüber, was die Natur mir bedeutet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Versuche ich nie, andere in meine Naturerlebnisse einzubeziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Trenne ich Naturerlebnisse klar von anderen gemeinsamen Aktivitäten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Ist die Natur unwichtig für meine seelische Balance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Habe ich das Gefühl, dass mir die Natur in Krisen nichts bringt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Habe ich das Gefühl, dass ich mit der Natur nichts zu tun haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Fällt es mir schwer, Umweltschutzbestrebungen nachzuvollziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Wäre ich ohne Natur genauso zufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Wurde mir vermittelt, dass die Natur langweilig ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)05. Achtsamkeit & Präsenz

Achtsamkeit bedeutet, den Moment bewusst zu erleben – ohne Bewertung, ohne Hast. Präsenz schenkt innere Ruhe und Klarheit. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du im Hier und Jetzt lebst oder ob Gedanken an Vergangenheit und Zukunft dich bestimmen. Das Ziel ist es, eine innere Balance zu finden und im Alltag präsenter zu sein.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich öfter über Vergangenheit und Zukunft als über die Gegenwart nach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass Achtsamkeit schwer umsetzbar ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich im Alltag viele wiederkehrende Gedankenmuster? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fällt es mir schwer, Dinge bewusst wahrzunehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Empfinde ich Unruhe wegen meiner ständigen Gedanken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Achte ich mehr auf sichtbare Ergebnisse als auf mein inneres Empfinden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühle ich mich schuldig, wenn ich den Moment bewusst erlebe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Übersehe ich oft kleine Alltagsfreuden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Verbiere ich mir Momente, in denen ich nichts tue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Handle ich oft automatisch und ohne wirkliches Bewusstsein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hetze ich ohne Pausen durch den Tag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Lasse ich mich ständig ablenken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Ignoriere ich meine Körpersignale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Werde ich unruhig, wenn ich versuche achtsam zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Erlebe ich Anspannung, wenn ich mich nicht beschäftigen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fehlen mir trotz Übung Ruhe und Gelassenheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Bin ich oft in Gedanken, wenn andere sprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Distanzieren sich Menschen wegen meiner Unachtsamkeit von mir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Bin ich beim Kontakt mit anderen oft abgelenkt (z.B. Handy)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Fühle ich mich aufgrund meiner fehlenden Präsenz fokussiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass Achtsamkeit mich ausbremst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Fällt es mir auch in Ruhephasen schwer, Präsenz zu entwickeln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Glaube ich, dass Achtsamkeit nicht erlernt werden kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Fehlt mir Präsenz als Grundhaltung in meinem Alltag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir vermittelt, dass Achtsamkeit esoterisch ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)06. Ziele & Lebensplanung

Ziele geben Orientierung, Planung schafft Klarheit. Zu starre Vorgaben können jedoch Druck erzeugen und fehlende Planung führt oft zu Orientierungslosigkeit. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du Ziele realistisch setzt, flexibel bleibst und dein Leben aktiv gestaltest oder ob Aufschieben, Überforderung und Planlosigkeit dein Handeln bestimmen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass ich keine klaren Ziele habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass Planung meine Freiheit einschränkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich überhöhte Erwartungen an meine Zukunft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich, dass ich Ziele sowieso nicht erreiche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Demotivieren mich meine Ziele? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erlebe ich Druck, wenn ich Pläne mache? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fällt es mir schwer, mich über kleine Fortschritte zu freuen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Schäme ich mich, wenn ich Ziele nicht erreiche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Versäume ich es, Ziele festzuhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Schiebe ich Ziele immer wieder auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Überfordere ich mich mit zu grossen Schritten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Handle ich meist spontan und ohne Plan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Überfordern mich meine Ziele? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Erlebe ich körperliche Anspannung, wenn meine Pläne durchkreuzt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Belastet mich Planung körperlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fühle ich mich gestresst, wenn ich Ziele nicht erreicht habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Verheimliche ich meine Ziele vor meinen Mitmenschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fehlt mir Unterstützung bei der Umsetzung meiner Pläne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Gerät meine Planung oft in Konflikt mit den Plänen anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Trennen mich meine Ziele von anderen Menschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Fühle ich mich wohl damit, mein Leben passiv geschehen zu lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Verwirren mich langfristige Ziele? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Glaube ich, dass Planung spontane Chancen verhindert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Fehlt mir die Balance zwischen Zielstrebigkeit und Flexibilität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir vermittelt, dass Ziele mit Druck einhergehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)07. Zukunftsvisionen & Träume

Träume geben uns Energie, Visionen schenken uns Orientierung. Ohne sie kann das Leben leer wirken, mit ihnen entsteht Motivation. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du deine Zukunft aktiv gestaltest und Raum für Träume lässt oder ob Zweifel, Angst und Sorgen deine Visionen blockieren – für ein inspirierendes, lebendiges Leben.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vermeide ich Zukunftsgedanken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass meine Träume unerreichbar sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fehlen mir klare Zukunftsvisionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich, dass Träume nur Illusionen sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Macht mich Träumen traurig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Habe ich Angst, dass ich scheitern könnte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Schäme ich mich für meine Visionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ist es mir peinlich, über meine Träume zu sprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Bleiben meine Träume meist unverwirklicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Schiebe ich Ziele in unerreichbare Ferne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fehlt mir der Raum für Visionsarbeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Handle ich meist spontan und ohne Blick in die Zukunft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Belasten mich Gedanken an die Zukunft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Erlebe ich körperliche Anspannung bei Unsicherheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verknüpfe ich meine Träume mit vergangenem Scheitern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fühle ich mich gestresst, wenn ich an unerfüllte Träume denke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Behalte ich Träume für mich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fehlt mir Unterstützung für meine Visionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Habe ich Angst, ausgelacht zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Trennen mich meine Träume von anderen Menschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass meine Träume mich belasten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Finde ich es verwirrend, langfristige Visionen zu erarbeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Glaube ich, dass meine Träume nichts mit meiner Motivation zu tun haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Habe ich den Glauben an die Realisierbarkeit meiner Träume aufgegeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass Träume Hirngespinnste sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)08. Gefühl versus Verstand

Menschen orientieren sich bei Entscheidungen und Bewertungen entweder an Gefühlen oder am Verstand. Emotionale Typen vertrauen auf Intuition, Bauchgefühl und spontane Eingebung, während rationale Typen Fakten, Logik und systematische Analyse bevorzugen. Beide Ansätze haben Vor- und Nachteile: Gefühle ermöglichen schnelle Entscheidungen und Empathie, können aber zu irrationalen Verhalten führen. Verstand schafft objektive Lösungen und Klarheit, kann aber Menschlichkeit und Kreativität einschränken. Dieser Fragebogen hilft dabei, die eigene Tendenz zu erkennen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Tendenz-Fragebogen: links ① = emotional/gefühlsbetont , rechts ⑤ = rational/verstandesbetont

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Treffe ich Entscheidungen eher aus dem Bauch ① oder aus dem Kopf ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Reagiere ich auf Schwierigkeiten mit Angst ① oder mit einer Problemanalyse ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Reagiere ich auf Kritik mit Wut ① oder überlege ich, warum ich kritisiert wurde ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bin ich bei neuen Chancen aufgeregt ① oder wäge ich Pro und Contra ab ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Bin ich stolz auf meine Empathiefähigkeit ① oder mein analytisches Denken ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fühle ich mich nach einem Fehler schuldig ① oder versuche ich ihn auszubügeln ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Reagiere ich auf peinliche Momente mit Scham ① oder mit Humor ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich nach einer Kränkung verletzt ① oder versuche ich daraus zu lernen ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Bin ich nach einem Misserfolg frustriert ① oder motiviert, die Ursache zu finden ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Entscheide ich spontan ① oder plane ich systematisch ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Reagiere ich auf Verzögerungen gereizt ① oder prüfe ich alternative Lösungen ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Folge ich eher Stimmungen ① oder Prinzipien ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Bin ich launisch ① oder ist meine Gemütslage eher konstant ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wähle ich gefühlsmässig ① oder nach bestimmten Kriterien ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15. Reagiere ich auf Krankheit mit Sorge ① oder mit einer einfachen Symptomanalyse ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Spüre ich Entscheidungen körperlich ① oder treffe ich sie nur im Kopf ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Gerate ich bei Unfällen in einen Schockzustand ① oder behalte ich einen klaren Kopf ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Machen mich Krisen ohnmächtig ① oder befeuern sie meine Analysefähigkeit ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. Reagiere ich auf Konflikte mit Trauer ① oder versuche ich, die Situation zu verstehen ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Handle ich im Streit impulsiv ① oder bleibe ich sachlich ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Bin ich in Beziehungen eher emotional ① oder distanziert ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Kommuniziere ich herzlich ① oder nüchtern ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Reagiere ich auf Kritik rechtfertigend ① oder prüfe ich die Fakten ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Bereue ich im Nachhinein emotionale Entscheidungen ① oder rationale ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Beurteile ich Vergangenes nach meinem Gefühl ① oder meinem Verstand ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Lerne ich aus meinen Emotionen ① oder aus Logik ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. War meine Familie eher emotional ① oder rational ⑤? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)09. Zufriedenheit & Glück

Zufriedenheit entsteht aus Dankbarkeit und Akzeptanz, während Glück oft in Momenten intensiver Freude entsteht. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du kleine Glücksmomente wahrnimmst und Zufriedenheit kultivierst oder ob Unruhe, Vergleiche und fehlende Dankbarkeit dich ausbremsen – für ein erfüllteres Leben im Gleichgewicht.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass mir etwas fehlt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass Glück nur anderen vorbehalten ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich Gedanken, die meine Zufriedenheit mindern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bin ich selten dankbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Denke ich, dass ich nicht gut genug bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Glaube ich, dass ich Glück nicht verdient habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Habe ich Angst, dass mein Glück nicht von Dauer ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bin ich selten stolz auf meine Leistungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Übersehe ich kleine Glücksmomente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vergleiche ich mich ständig mit anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fehlen mir Routinen, die meine Zufriedenheit kultivieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Handle ich oft aus Unzufriedenheit oder Ungeduld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Fehlt mir körperliche Leichtigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Erlebe ich körperliche Anspannung, wenn ich unzufrieden bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Erlebe ich Niedergeschlagenheit, wenn mir etwas nicht gelingt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fühle ich mich selbst nach Erfolgen oft innerlich unruhig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Behalte ich meine Freude oft für mich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Können andere mich leicht aus dem Gleichgewicht bringen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Erlebe ich Neid in meinen Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Distanzieren sich andere wegen meiner Unzufriedenheit von mir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass meine Unzufriedenheit meine Lebensqualität vermindert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Erlebe ich trotz klarer Erfolge langfristig kein Glück? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Halte ich Dankbarkeit für unwichtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ist Unzufriedenheit meine Grundhaltung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir vermittelt, dass man nie zufrieden sein darf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)10. Vergangenheit & Heilung

Unsere Vergangenheit prägt uns – schöne Erinnerungen ebenso wie Verletzungen. Heilung bedeutet, Belastendes zu integrieren und Frieden zu schliessen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du alte Wunden in dir trägst und wie sehr deine Vergangenheit deine Gegenwart bestimmt – für mehr Leichtigkeit und Freiheit in deinem Leben.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft über alte Verletzungen nach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass Vergebung ein Zeichen von Schwäche ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich Gedanken, die meine Heilung blockieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich, dass ich meine Vergangenheit nie hinter mir lassen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Schäme ich mich für Ereignisse in der Vergangenheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fehlt mir Dankbarkeit für meine jetzigen Erfahrungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Habe ich Angst, die Vergangenheit könnte mich wieder einholen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fehlt mir der Glaube an Heilung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. Halte ich lange an Kränkungen fest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fällt es mir schwer, nicht über die Vergangenheit zu sprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fühle ich mich in manchen Situationen wie «getriggert»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Handle ich oft aus alten Mustern heraus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn ich an alte Wunden denke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Habe ich nach ungelösten Konflikten anhaltende Stress-Symptome? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Habe ich körperliche Beschwerden wegen meiner ungelösten Themen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fehlt mir nach Versöhnungsversuchen ein Gefühl des Friedens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Belasten alte Verletzungen meine Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Glaube ich, dass andere ihre Fehler nie wieder gutmachen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Trennen mich alte Verletzungen von anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ist es mir fast unmöglich, anderen zu vergeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Habe ich das Gefühl, dass meine Vergangenheit mich blockiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Bleibe ich trotz Aufarbeitung innerlich verletzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Glaube ich, dass meine Vergangenheit mein zukünftiges Handeln bestimmt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Kämpfe ich immer noch mit meiner Lebensgeschichte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wurde mir beigebracht, dass man Verletzungen niemals verzeihen darf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Orientierung & Sinn

D)11. Wissen versus Glauben

Der Unterschied zwischen Glauben und Wissen ist fundamental für eine gute Lebensführung. Wissen basiert auf überprüfbaren Fakten, Empirie und kritischer Reflexion, während Glauben oft auf Hörensagen, Autoritätshörigkeit und der unkritischen Übernahme fremder Meinungen beruht. Menschen, die blind glauben statt kritisch zu prüfen, sind anfällig für Manipulation, Falschinformationen und ideologische Verblendung. Dieser Fragebogen zeigt dir, ob du Informationen kritisch hinterfragst oder unkritisch übernimmst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Übernehme ich Meinungen anderer ohne eigene Prüfung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Schenke ich Aussagen Glauben, wenn sie oft wiederholt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Glaube ich Menschen mehr, wenn sie mir sympathisch sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Akzeptiere ich Aussagen von Autoritäten, ohne sie zu hinterfragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Denke ich, dass etwas richtig sein muss, wenn die Mehrheit es glaubt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Zweifle ich an meiner Kompetenz, Fakten selbständig zu recherchieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Macht es mir Angst, meine Überzeugungen in Frage zu stellen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich hilflos, wenn Experten gegensätzliche Aussagen machen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fühle ich mich überfordert, wenn ich Informationen eigenständig beurteilen soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Teile ich Informationen, ohne die Quelle zu prüfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Folge ich den Meinungen in meinen bevorzugten Medien unkritisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ignoriere ich Informationen, die meinen Überzeugungen widersprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Glaube ich, dass selbstbewusstes Auftreten ein Zeichen von Kompetenz ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Genügt es mir, für eine Information nur eine Quelle zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Glaube ich Statistiken oder Studien, ohne deren Hintergründe zu prüfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Reagiere ich emotional statt rational auf neue Informationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Fühle ich mich körperlich unwohl, wenn die Sachlage nicht eindeutig ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Empfinde ich Erleichterung, wenn Experten meine Meinung bestätigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Vertraue ich meiner Intuition mehr als überprüfbaren Daten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Umgebe ich mich nur mit Menschen gleicher Meinung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Vermeide ich Gespräche mit Menschen, die anderer Meinung sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Übernehme ich die Meinungen meiner sozialen Gruppe unkritisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Wird meine Meinung stark von Familie, Freunden oder Kollegen beeinflusst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Vertraue ich Influencern oder Prominenten mehr als Fakten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Verteidige ich meine Überzeugungen lange, auch wenn sie wahrscheinlich falsch sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Fällt es mir schwer zuzugeben, dass ich falsch lag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Fühle ich mich unwohl, wenn andere meine Sichtweise hinterfragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wurde in meiner Familie unbedingter Gehorsam erwartet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)01. Bin ich ein Egoist?

Egoismus bedeutet, die eigenen Interessen konsequent über die anderer zu stellen. Gesunde Selbstfürsorge ist wichtig – doch wo wird sie zur Rücksichtslosigkeit? Dieser Selbstcheck zeigt, ob du eine Balance zwischen eigenen und fremden Bedürfnissen findest oder ob du andere regelmässig übersiehst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich bei Entscheidungen zuerst «Was bringt MIR das?»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass jeder sich selbst der Nächste ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Halte ich Hilfsbereitschaft für Schwäche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich, dass andere für ihre Probleme selbst verantwortlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sehe ich Geben hauptsächlich als Verlust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich ausgenutzt, wenn ich anderen helfe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ärgere ich mich, wenn ich teilen muss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Empfinde ich wenig Mitgefühl bei fremdem Leid? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fühle ich mich gut, wenn ich mehr bekomme als andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fehlt mir Freude am Glück anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Nehme ich mir das Beste, ohne zu fragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vergesse ich oft, mich für Hilfe zu bedanken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Drücke ich mich vor gemeinsamen Aufgaben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Nutze ich Regeln zu meinem Vorteil aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Höre ich weg, wenn andere von ihren Problemen erzählen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Spüre ich körperlich nichts, wenn andere leiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Fühle ich mich unwohl beim Teilen oder Geben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Achte ich nur auf meine eigenen körperlichen Bedürfnisse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ignoriere ich, wenn andere erschöpft oder überfordert sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Messe ich Beziehungen nach ihrem Nutzen für mich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Vergesse ich Geburtstage und wichtige Ereignisse anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Erwarte ich Hilfe, bin aber selten für andere da? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Beende ich Beziehungen, wenn sie mir nichts mehr bringen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Sagen mir andere, ich sei egoistisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Fühle ich mich oft allein, obwohl ich bekommen habe, was ich wollte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Verliere ich Freunde, weil ich zu wenig zurückgebe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Glaube ich, dass Grosszügigkeit dumm ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wurde mir beigebracht, nur auf mich selbst zu schauen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)02. Bin ich toxisch?

Toxisches Verhalten wie Manipulation, Drama oder ständiges Nörgeln vergiftet Beziehungen . Jeder hat schlechte Tage – doch wann wird es zum Muster? Dieser Selbstcheck zeigt, ob du andere durch dein Verhalten belastest und Konflikte schürst oder ob du eine konstruktive Dynamik erzeugst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass andere an meinen Problemen schuld sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass Drama zum Leben dazugehört? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sehe ich mich immer als Opfer der Umstände? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich, dass andere es verdient haben, verletzt zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mach ich andere für meine Stimmung verantwortlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Denke ich oft darüber nach, wie ich andere beeinflussen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Fühle ich Genugtuung, wenn andere scheitern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Brauche ich Drama, um mich lebendig zu fühlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Geniesse ich es insgeheim, wenn ich Unruhe stifte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fühle ich mich besser, wenn es anderen schlecht geht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fehlt es mir nach verletzenden Handlungen an Reue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. Erzeuge ich Konflikte, wo keine sein müssten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Rede ich schlecht über Abwesende? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Spiele ich Menschen gegeneinander aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Rechtfertige ich schädliches Verhalten («Die anderen sind auch nicht besser ...»)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Verbreite ich in Gruppen negative Energie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Spüre ich Anspannung, wenn es zu harmonisch wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fühle ich mich durch Konflikte energetisiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Merke ich nicht, wenn andere sich zurückziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ignoriere ich die Stress-Signale, die ich bei anderen auslöse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Macht es mir Spass, andere zu lenken, ohne dass sie es merken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Verliere ich regelmässig Freunde «ohne ersichtlichen Grund»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Gibt es in meinem Umfeld viel Drama und Streit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Meiden Menschen meine Gesellschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Höre ich oft «Du bist anstrengend» oder Ähnliches? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Zerschneiden meine Beziehungen im Streit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. Wiederhole ich destruktive Beziehungsmuster? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Sammele ich Informationen, um sie später gegen andere einzusetzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Hinterlasse ich verbrannte Erde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Glaube ich, dass Harmonie langweilig ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Wurde mir vorgelebt, dass Beziehungen Kampf bedeuten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)03. Bin ich ein Rassist?

Rassismus bedeutet, Menschen aufgrund ihrer Hautfarbe, Herkunft oder ethnischen Zugehörigkeit zu diskriminieren oder als minderwertig zu betrachten. Auch unbewusste Vorurteile und subtile Benachteiligungen sind rassistisch. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du Menschen gleichberechtigt behandelst oder sie aufgrund bewusster oder unbewusster Vorurteile diskriminierst – für ein respektvolles und gerechtes Miteinander.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich manchmal, dass bestimmte Ethnien weniger intelligent sind?
- 2. Halte ich meine eigene Ethnie für überlegen oder besser?
- 3. Kommen mir bei bestimmten Hautfarben automatisch negative Gedanken?
- 4. Glaube ich an Stereotype über bestimmte Volksgruppen?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Fühle ich mich in der Nähe von Menschen aus anderen Ethnien unwohl?
- 6. Macht es mich nervös, wenn fremde Sprachen gesprochen werden?
- 7. Ärgere ich mich über «zu viele Ausländer» in meinem Umfeld?
- 8. Empfinde ich Angst oder Ablehnung gegenüber fremden Kulturen?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Vermeide ich bewusst den Kontakt zu bestimmten Ethnien?
- 10. Behandle ich Menschen mit anderer Hautfarbe manchmal respektlos?
- 11. Mache ich abwertende Witze über bestimmte Volksgruppen?
- 12. Priorisiere ich Menschen aufgrund ihrer Herkunft?
- 13. Bin ich weniger hilfsbereit gegenüber anderen Ethnien?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 14. Reagiert mein Körper ablehnend auf Menschen anderer Hautfarbe?
- 15. Spüre ich Anspannung in multikulturellen Situationen?
- 16. Verkrampfe ich mich, wenn ich fremde Akzente oder Sprachen höre?
- 17. Reagiere ich abwehrend auf kulturelle Unterschiede?

Gruppe e): Beziehungen

- 18. Habe ich keine engen Freunde aus anderen Ethnien?
- 19. Lehne ich eine Beziehung mit Menschen anderer Ethnien ab?
- 20. Verursache ich mit meinen rassistischen Äusserungen Konflikte?
- 21. Spalte ich mein Umfeld durch meine diskriminierende Haltung?
- 22. Fühlen sich Menschen durch mein Verhalten ausgegrenzt?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 23. Erschweren es mir meine Vorurteile, menschlich und empathisch zu handeln?
- 24. Empfinde ich kulturelle Vielfalt als eine Einschränkung?
- 25. Wurde mir Rassismus in meiner Familie oder meinem Umfeld vorgelebt?

E) Charakter & Blinde Flecken

E)04. Bin ich ein Kontroll-Freak?

Kontrolle gibt Sicherheit, doch zu viel davon erstickt Spontaneität und echte Beziehungen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du loslassen kannst und anderen vertraust oder ob Kontrollzwang dein Leben – und das anderer – einengt.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich, dass nur ich Dinge richtig machen kann?
- 2. Glaube ich, dass ohne meine Kontrolle alles schiefgeht?
- 3. Misstraue ich grundsätzlich den Fähigkeiten anderer?
- 4. Plane ich jedes Detail, um Überraschungen zu vermeiden?
- 5. Denke ich ständig daran, was schiefgehen könnte?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 6. Fühle ich Panik, wenn ich nicht alles im Griff habe?
- 7. Macht mich Kontrollverlust aggressiv oder ängstlich?
- 8. Kann ich mich nur entspannen, wenn alles nach Plan läuft?
- 9. Fühle ich mich wertlos, wenn ich nicht gebraucht werde?
- 10. Erlebe ich Stress, wenn andere eigene Wege gehen?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 11. Kontrolliere ich ständig, was andere tun?
- 12. Gebe ich ungern Aufgaben ab?
- 13. Korrigiere ich andere permanent?
- 14. Bestehe ich darauf, dass alles nach meinen Regeln läuft?
- 15. Überprüfe ich Aufgaben, die andere erledigt haben?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 16. Spüre ich körperliche Anspannung bei Kontrollverlust?
- 17. Kann ich nicht stillsitzen, wenn andere etwas erledigen?
- 18. Habe ich Stresssymptome, weil ich alles gleichzeitig im Blick behalten möchte?
- 19. Fehlt es mir trotz Kontrollmassnahmen an echter Entspannung?

Gruppe e): Beziehungen

- 20. Erdrücke ich andere mit meinem Kontrollbedürfnis?
- 21. Beschweren sich Menschen über meine Kontrollsucht?
- 22. Verhindere ich, dass andere selbstständig werden?
- 23. Fühlen sich Menschen in meiner Nähe überwacht?
- 24. Scheitern meine Beziehungen an meinem Kontrollzwang?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 25. Bin ich erschöpft vom ständigen Kontrollieren?
- 26. Verhindert mein Kontrollbedürfnis spontane Freude?
- 27. Glaube ich, dass Loslassen gefährlich ist?
- 28. Wurde mir beigebracht, dass nur Kontrolle Sicherheit gibt?

E) Charakter & Blinde Flecken

E)05. Bin ich authentisch?

Authentizität bedeutet, im Einklang mit seinen wahren Werten und Gefühlen zu leben. Anpassung ist manchmal nötig – doch wo verlieren wir uns selbst? Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dich traust, du selbst zu sein, oder ob Masken und Rollen dein wahres Ich verdecken.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | |
|---|--|
| 1. Denke ich oft, dass ich anders sein müsste als ich bin? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Übernehme ich Meinungen anderer, statt eigene zu bilden? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Verstelle ich mich, um dazuzugehören? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Habe ich Schwierigkeiten, meine zentralen Werte zu benennen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Denke ich mehr darüber nach, wie ich wirke, als wer ich bin? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | |
|--|--|
| 6. Fühle ich mich manchmal, als ob ich mich selbst verrate? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Habe ich Angst, dass andere mein wahres Ich ablehnen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Schäme ich mich für meine wahren Gefühle? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Fühle ich mich unsicher, wenn meine Meinung von der anderer abweicht? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Unterdrücke ich Gefühle, die nicht erwünscht sind? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | |
|---|--|
| 11. Spiele ich je nach Publikum verschiedene Rollen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Sage ich meist das, was andere hören wollen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Verstecke ich meine wahren Interessen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Richte ich mein Leben nach den Erwartungen anderer aus? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Passe ich mich oft an, um Konflikte zu vermeiden? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | |
|---|--|
| 16. Spüre ich eine Blockade, die mich hindert, authentisch aufzutreten? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. Fällt es mir schwer zu entspannen, wenn ich unter Menschen bin? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. Vermisse ich körperliche Leichtigkeit und Natürlichkeit? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühle ich mich manchmal im eigenen Körper fremd? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | |
|---|--|
| 20. Habe ich das Gefühl, dass mir nahestehende Menschen mich nicht wirklich kennen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. Habe ich Angst, in Beziehungen authentisch zu sein? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22. Fehlen mir Beziehungen, in denen ich ich selbst sein kann? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. Fühle ich mich trotz vieler Kontakte einsam? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24. Fällt es mir schwer, Nähe ohne Selbstverleugnung zu erleben? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | |
|--|--|
| 25. Habe ich das Gefühl, dass ich mein Leben nicht authentisch lebe? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 26. Nutze ich Anpassung als Strategie, um meine Ziele zu erreichen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 27. Glaube ich, dass Authentizität gefährlich sein kann? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 28. Wurde mir beigebracht, dass Anpassung wichtiger ist als Authentizität? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)06. Bin ich emotional unreif?

Emotionale Reife bedeutet, Gefühle wahrnehmen, regulieren und angemessen ausdrücken zu können. Jeder hat emotionale Momente – doch wo werden Gefühle zum Problem? Dieser Selbstcheck zeigt, ob du emotional verantwortungsvoll handelst oder ob kindliche Muster deine Reaktionen bestimmen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | |
|--|--|
| 1. Ist mein Weltbild von Schwarz-weiss-Denken ohne Grautöne geprägt? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass andere für meine Gefühle verantwortlich sind? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Erwarte ich, dass andere meine Bedürfnisse erraten? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Sehe ich mich oft als Opfer der Umstände? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Fehlt mir die Fähigkeit zur Selbstreflexion? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | |
|---|--|
| 6. Werde ich von meinen Emotionen überflutet? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Reagiere ich oft impulsiv, ohne nachzudenken? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Kann ich Frustration nur schwer ertragen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Will ich möglichst sofortige Bedürfnisbefriedigung? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Fehlt mir die Fähigkeit zur emotionalen Selbstregulation? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | |
|---|--|
| 11. Habe ich Wutausbrüche wie ein Kind? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Schmolle oder trotze ich bei Enttäuschungen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Fällt es mir schwer, Verantwortung für meine Gefühle zu übernehmen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Reagiere ich oft mit Drama statt mit Ruhe? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Manipuliere ich andere durch meine emotionalen Ausbrüche? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | |
|---|--|
| 16. Fehlt mir das Gespür für emotionale Nuancen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. Gehen meine Emotionen mit starken körperlichen Reaktionen einher? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. Fällt es mir schwer, mich selbst zu beruhigen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. Bleibe ich lange in emotionalen Zuständen gefangen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | |
|--|--|
| 20. Erwarte ich, dass andere mich emotional versorgen? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. Mache ich andere für meine Stimmungen verantwortlich? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22. Fehlt mir in emotionalen Momenten Empathie? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. Zerstöre ich Beziehungen durch meine emotionale Unreife? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24. Werde ich manchmal als «anstrengend» oder «kindisch» bezeichnet? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | |
|---|--|
| 25. Wiederhole ich immer wieder kindliche Beziehungsmuster? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 26. Wünsche ich mir mehr emotionale Stabilität im Leben? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 27. Glaube ich, dass Gefühle einfach passieren und unveränderlich sind? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 28. Wurde mir emotionale Reife nie vorgelebt oder beigebracht? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)07. Bin ich feige?

Mut bedeutet nicht Angstfreiheit, sondern trotz Angst zu handeln. Vorsicht ist klug – doch wo wird sie zur Feigheit? Dieser Selbstcheck zeigt, ob du dich deinen Ängsten stellst, für deine Werte einsteht und Risiken eingehst oder ob Angst dein Leben bestimmt und einschränkt.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft: «Das traue ich mich nicht»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Rede ich mir ein, dass Vermeidung klug ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Glaube ich, dass ich zu schwach für Konfrontationen bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sehe ich mich als Opfer der Umstände statt als Gestalter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Rechtfertige ich Vermeidung mit falscher Vorsicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Schäme ich mich für meine Ängstlichkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühle ich mich schwach im Vergleich zu anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Verachte ich mich für verpasste Chancen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bereue ich oft, nicht gehandelt zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bin ich selten Stolz auf mutige Entscheidungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Vermeide ich schwierige Gespräche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Schweige ich, wenn etwas Ungerechtes passiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Lasse ich andere für mich kämpfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wähle ich immer den sicheren Weg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verstecke ich mich hinter Ausreden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Spüre ich körperliche Angstreaktionen bei Herausforderungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Lähmt mich Angst körperlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fehlt mir die Energie für mutige Schritte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Bleibe ich möglichst in der Komfortzone? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Lasse ich mich von anderen beschützen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Fehlt mir der Mut für ehrliche Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Verliere ich Respekt wegen meiner Ängstlichkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Meide ich Menschen, die mich herausfordern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Bin ich der «Schwache» in Beziehungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Bereue ich ein Leben voller verpasster Chancen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Habe ich das Gefühl, dass meine Welt immer enger wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Glaube ich, dass Mut angeboren ist und mir fehlt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wurde mir beigebracht, dass Sicherheit über allem steht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)08. Bin ich starr in meinen Denkstrukturen?

Flexibles Denken ermöglicht Lernen und Anpassung. Starre Denkmuster schaffen Sicherheit, können aber blind machen. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du offen für neue Perspektiven bist oder ob festgefahrene Überzeugungen und rigide Denkweisen deine geistige Beweglichkeit einschränken.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich, dass meine Sichtweise die einzig richtige ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Halte ich an Überzeugungen fest, auch wenn Fakten dagegensprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Glaube ich, dass Umdenken Schwäche bedeutet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sehe ich die Welt nur in Schwarz-weiss-Kategorien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ignoriere ich Informationen, die mein Weltbild in Frage stellen könnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich bedroht, wenn jemand anders denkt als ich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Werde ich wütend, wenn meine Ansichten hinterfragt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Verunsichert mich Mehrdeutigkeit oder Komplexität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Brauche ich absolute Gewissheit, um mich sicher zu fühlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fühle ich mich unwohl, wenn ich eigene Überzeugungen in Frage stelle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Gehe ich Menschen mit einer anderen Weltanschauung aus dem Weg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wiederhole ich immer dieselben Argumente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ignoriere ich Gegenbeweise zu meinen Überzeugungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Lehne ich Neues ab, ohne es zu prüfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Bestehe ich auf bewährten Lösungen, auch wenn sie nicht funktionieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Spüre ich körperliche Anspannung bei neuen Ideen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Verkrampfe ich mich, wenn ich umdenken soll? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fühle ich Stress in unklaren Situationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Reagiere ich körperlich auf kognitive Dissonanz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Habe ich nur Beziehungen zu Gleichdenkenden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Breche ich Kontakte ab, wenn andere abweichende Ansichten haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Belehre ich andere über die «richtige» Sichtweise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Fällt es mir schwer, andere Sichtweisen zu tolerieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Führen meine rigiden Ansichten zu Konflikten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Verpasse ich wegen meiner geistigen Starrheit Entwicklungschancen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Habe ich das Gefühl, dass mein rigides Denken meinen Horizont einengt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Glaube ich, dass Flexibilität dasselbe ist wie Beliebigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wurde mir beigebracht, dass es nur eine Wahrheit gibt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)09. Bin ich ein Besserwisser?

Wissen zu teilen bereichert, doch Rechthaberei nervt. Besserwissererei zeigt sich durch ständiges Korrigieren, Überlegenheitsgebärden und die Unfähigkeit, eigene Fehler zuzugeben. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du Wissen konstruktiv einbringst oder andere mit deiner vermeintlichen Überlegenheit belastest.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich, dass ich meist mehr weiss als andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass mein Informationsstand immer korrekt ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sehe ich Fehler anderer sofort, meine eigenen aber fast nie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Halte ich andere insgeheim für weniger intelligent? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Denke ich: «Wenn sie nur zuhören würden, wüssten sie es besser»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich nur wertvoll, wenn ich mehr weiss als andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Geniesse ich es, andere zu belehren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ärgere ich mich, wenn jemand mehr weiss als ich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fühle ich Genugtuung, wenn ich Recht hatte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Kränkt es mich zutiefst, wenn ich falsch liege? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Korrigiere ich andere ständig, auch bei Kleinigkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Beginne ich Sätze oft mit «Eigentlich ...» oder «Naja, aber...»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Muss ich immer das letzte Wort haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Erkläre ich Dinge, die nicht erklärt werden müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verwandele ich Gespräche in Vorträge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Recherchiere ich heimlich, um später Recht zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Spüre ich körperliche Unruhe, wenn ich korrigiert werde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Frustriert mich die „Dummheit“ anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Werde ich nervös, wenn ich etwas nicht weiss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ärgere ich mich über „Lernresistenz“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Fühle ich mich angespannt, wenn mir ein Irrtum bewusst wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Erlebe ich einen Kick, wenn ich andere belehren kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. Rollen Menschen mit den Augen, wenn ich spreche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Meiden Menschen die Diskussion mit mir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Höre ich oft: «Du musst nicht immer Recht haben»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Fehlen mir gleichwertige Gesprächspartner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Bin ich für andere der «Klugscheisser»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. Verliere ich Freunde wegen meiner Rechthaberei? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Fehlt mir ein echter Austausch auf Augenhöhe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Bin ich in jeder runde der „Oberlehrer“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Glaube ich, dass Unwissen eine Schwäche ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Wurde ich als Kind zurechtgewiesen oder verspottet, wenn ich etwas nicht wusste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)10. Bin ich ein Missionar?

Für seine Überzeugungen einzustehen ist gut, aber missionarischer Eifer nervt. Ein Missionar duldet keine anderen Ansichten. Er sieht sich selbst als Retter und andere als erlösungsbedürftig. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du deine Überzeugungen respektvoll mitteilst oder ob du anderen deine Wahrheit aufdrängst und sie damit überforderst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich, dass nur mein Weg der richtige ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, andere müssen «gerettet» werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fällt mir sofort auf, was andere falsch machen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Halte ich Andersdenkende für verloren oder verblendet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Denke ich: «Wenn sie nur verstehen würden ...»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich nur dann wertvoll, wenn ich andere überzeuge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Frustriert es mich, wenn Menschen nicht «aufwachen»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Empfinde ich Mitleid mit «Unwissenden»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fühle ich mich als Auserwählter mit besonderem Wissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Stelle ich anderen ungefragt eine Diagnose ihrer Probleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Bringe ich meine Überzeugungen in jedes Gespräch ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Verschicke ich ungefragt Bücher, Artikel oder Links? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nutze ich jede Gelegenheit zum Predigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ignoriere ich Signale von Desinteresse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vereinfache ich übertrieben, als würde ich mit Kindern sprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Spüre ich einen körperlichen Drang, andere zu überzeugen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Werde ich euphorisch, wenn ich «lehren» kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Gerate ich in eine Hochstimmung, wenn andere mir interessiert zuhören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Reagiere ich irritiert, weil andere meinen Führungsanspruch nicht anerkennen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Übersehe ich die Erschöpfung meiner Zuhörer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Fühlen sich Menschen von mir bevormundet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Höre ich oft: «Nicht schon wieder dieses Thema ...»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Bricht mein Kontakt zu Freunden ab, wenn sie nicht «mitziehen»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Umgebe ich mich nur mit Gleichgesinnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Bin ich der «Prediger» unter meinen Freunden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. Isoliert mich mein Bekehrungsdrang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Fehlt es mir an Toleranz für andere Lebenswege? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Glaube ich, dass Vielfalt gefährlich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Glaube ich, dass es meine Bestimmung ist, andere auf den „richtigen“ Weg zu führen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Wurde mir beigebracht, dass die Welt besser wäre, wenn alle gleich denken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)11. Bin ich sprechdominant?

Kommunikation lebt vom Austausch – doch manche Menschen dominieren jeden Dialog. Sprechdominanz zeigt sich durch häufiges Unterbrechen, endlose Monologe und fehlendes Eingehen auf das Gegenüber. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du in Gesprächen Raum für andere lässt oder sie mit deiner Selbstbezogenheit zum Schweigen bringst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich, dass meine Geschichten die wichtigsten sind?
- 2. Glaube ich, dass ich interessanter erzählen kann als andere?
- 3. Plane ich, während andere sprechen, schon meine Antwort?
- 4. Finde ich die meisten Gespräche zu langsam?
- 5. Denke ich oft: «Komm endlich auf den Punkt»?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 6. Fühle ich mich unwohl, wenn ich länger zuhören muss?
- 7. Werde ich ungeduldig, wenn andere ausführlich erzählen?
- 8. Brauche ich die Aufmerksamkeit der Gruppe?
- 9. Fühle ich mich übergangen, wenn ich nicht spreche?
- 10. Langweile ich mich, wenn ich nicht rede?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 11. Unterbreche ich andere regelmässig?
- 12. Rede ich mehr als alle anderen zusammen?
- 13. Führe ich jedes Thema auf meine persönlichen Erlebnisse zurück?
- 14. Stelle ich nie Rückfragen, wenn andere sprechen?
- 15. Nutze ich jede Gesprächspause, um zu reden?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 16. Spüre ich oft einen körperlichen Drang zu sprechen?
- 17. Kann ich Stille körperlich kaum aushalten?
- 18. Merke ich nicht, wenn andere sprechen wollen?
- 19. Übersehe ich nonverbale Signale anderer, die mir eine Sprechpause nahelegen?

Gruppe e): Beziehungen

- 20. Beschweren sich Menschen, dass ich sie nicht ausreden lasse?
- 21. Kennen andere meine Geschichten schon auswendig?
- 22. Weiss ich nur wenig über das Leben meiner Gesprächspartner?
- 23. Führe ich Monologe statt Dialoge?
- 24. Sind Menschen in meiner Gegenwart oft sichtbar genervt?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 25. Fehlen mir tiefe Gespräche und echter Austausch?
- 26. Bleibe ich mit meinen Themen oft allein?
- 27. Glaube ich, dass Zuhören Zeitverschwendung ist?
- 28. Wurde mir nie beigebracht, dass auch andere zu Wort kommen sollen?

E) Charakter & Blinde Flecken

E)12. Bin ich schüchtern?

Schüchterne Menschen verhalten sich in sozialen Situationen zurückhaltend, nervös oder gehemmt. Meist basiert ihre Schüchternheit auf der Angst vor Bewertung. Schüchterne Personen vermeiden Aufmerksamkeit und fühlen sich in unbekanntem sozialen Kontexten unwohl. Während eine gewisse Schüchternheit normal ist, kann eine extreme Ausprägung zu sozialer Isolation und verpassten Chancen führen. Schüchternheit unterscheidet sich dadurch von Introversio, dass sie mit Angst und Vermeidung verbunden ist, während die Introversio eine Präferenz für ruhigere Umgebungen ist.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mache ich mir häufig Sorgen darüber, was andere von mir denken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Denke ich oft darüber nach, wie ich auf andere wirke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Befürchte ich ständig, etwas Falsches zu sagen oder zu tun? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Glaube ich, dass andere mich kritisch beobachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Habe ich Angst vor Zurückweisung oder Ablehnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich in sozialen Situationen minderwertig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Empfinde ich mich als langweilig oder uninteressant für andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Habe ich das Gefühl, nicht dazuzugehören? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Schäme ich mich für meine Schüchternheit oder Zurückhaltung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Vermeide ich Situationen, in denen ich im Mittelpunkt stehe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Spreche ich selten als Erste/r andere Menschen an? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ziehe ich mich in Gruppen zurück oder bleibe still? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Weiche ich Blickkontakt aus oder schaue oft weg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sage ich selten meine Meinung bzw. widerspreche nicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verlasse ich soziale Veranstaltungen früh oder gehe gar nicht erst hin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Werde ich in sozialen Situationen rot, zittere oder schwitze ich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Spüre ich Herzklopfen oder Unruhe bei sozialen Kontakten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Verkrampft sich mein Körper in Gesellschaft anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Merke ich körperliche Anspannung vor sozialen Ereignissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Fällt es mir schwer, neue Freundschaften zu schliessen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Bin ich in Beziehungen oft passiv oder zurückhaltend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Habe ich Schwierigkeiten, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Wirke ich auf andere distanziert oder unnahbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Entstehen wegen meiner Zurückhaltung Missverständnisse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Verpasse ich Chancen wegen meiner Schüchternheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Bereue ich oft, nicht mutiger gewesen zu sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Hindert mich meine Schüchternheit an meiner persönlichen Entwicklung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. War ich schon als Kind sehr schüchtern oder zurückhaltend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)13. Bin ich ein Macher oder nur ein Redner?

Meetings voller Ideen und lange Diskussionen bringen nichts ohne Umsetzung. Worte allein verändern die Realität nicht – nur Taten bewegen etwas. Dieser Selbstcheck zeigt, ob du anpackst oder dich in endlosen Gesprächen verlierst, ob du Verantwortung übernimmst oder nur Vorschläge machst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Oder-Fragen: links ① = Handeln, rechts ⑤ = Reden

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | |
|--|-----------|
| 1. Entwickle ich konkrete Umsetzungspläne ① oder theoretisiere ich endlos ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 2. Denke ich, dass Diskutieren schon Arbeit ist? | □ □ □ □ □ |
| 3. Glaube ich, dass andere meine Ideen umsetzen sollten? | □ □ □ □ □ |
| 4. Sehe ich mich als Ideengeber, nicht als Umsetzer? | □ □ □ □ □ |
| 5. Halte ich Meetings für produktiver als Einzelarbeit? | □ □ □ □ □ |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | |
|---|-----------|
| 6. Bin ich stolz, wenn ich Aufgaben erledige ① oder Konzepte präsentiere ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 7. Macht mich konkretes Arbeiten unruhig? | □ □ □ □ □ |
| 8. Fühle ich mich wichtig, wenn ich viel rede? | □ □ □ □ □ |
| 9. Empfinde ich Handarbeit als unter meinem Niveau? | □ □ □ □ □ |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | |
|---|-----------|
| 10. Übernehme ich auch unbeliebte Aufgaben ① oder delegiere ich sie weg ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 11. Verschiebe ich die Umsetzung auf «später»? | □ □ □ □ □ |
| 12. Setze ich Beschlossenes sofort um ① oder warte ich, dass andere anfangen ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 13. Fülle ich Meetings mit meinen Wortbeiträgen? | □ □ □ □ □ |
| 14. Rede ich mehr über Projekte als daran zu arbeiten? | □ □ □ □ □ |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | |
|---|-----------|
| 15. Packe ich physisch mit an ① oder beobachte ich nur ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 16. Spüre ich Unbehagen bei praktischer Arbeit? | □ □ □ □ □ |
| 17. Ermüde ich schneller beim Tun als beim Reden? | □ □ □ □ □ |
| 18. Sehe ich Probleme bei anderen klarer als bei mir selbst? | □ □ □ □ □ |
| 19. Was befriedigt mich mehr: erledigte Arbeit ① oder brillante Vorschläge ⑤? | □ □ □ □ □ |

Gruppe e): Beziehungen

- | | |
|--|-----------|
| 20. Unterstütze ich andere durch Mitarbeit ① oder durch Ratschläge ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 21. Kennen mich Kollegen als Macher ① oder als Redner ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 22. Entstehen Konflikte, weil ich nicht mit anpacke? | □ □ □ □ □ |
| 23. Respektieren mich andere für meine Taten ① oder für meine schönen Worte ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 24. Werde ich dafür kritisiert, dass ich nicht nach meinen eigenen Prämissen handle? | □ □ □ □ □ |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | |
|---|-----------|
| 25. Habe ich konkrete Ergebnisse vorzuweisen ① oder nur Konzeptpapiere ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 26. Verändere ich durch Handeln ① oder hoffe ich, dass Worte reichen ⑤? | □ □ □ □ □ |
| 27. Gebe ich oft ungefragt Lebenshilfe? | □ □ □ □ □ |
| 28. Wurde mir beigebracht, dass Denken wichtiger ist als Handeln? | □ □ □ □ □ |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)14. Bin ich ein Messie?

Das Messie-Syndrom ist eine komplexe Störung, bei der Menschen unfähig sind, ihre Wohnung ordentlich zu halten und sich von Gegenständen zu trennen. Das Verhalten von Messies geht über eine normale Unordnung hinaus und beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Es führt oft zu sozialer Isolation, gesundheitlichen Problemen und emotionalem Stress. Eine professionelle Diagnose ist wichtig, da das Syndrom oft mit anderen psychischen Erkrankungen verknüpft ist.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Rechtfertige ich ständig meine Unordnung oder dass ich Gegenstände horte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Denke ich, ich könnte jeden Gegenstand später noch einmal brauchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Plane ich immer aufzuräumen, schaffe es aber nicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Habe ich eine emotionale Bindung an wertlose Gegenstände? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fällt es mir schwer zu entscheiden, was ich wegwerfen soll und was nicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Schäme ich mich für den Zustand meiner Wohnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühle ich mich von der Unordnung um mich herum überfordert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Empfinde ich Panik oder Angst, wenn ich ans Wegwerfen denke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fühle ich mich schuldig, weil es mir nicht gelingt, Ordnung zu halten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Sammle oder kaufe ich ständig neue Gegenstände? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kann ich meine Wohnung wegen der Unordnung nicht richtig nutzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vermeide ich es, Dinge wegzuerwerfen oder zu entsorgen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Stapeln sich Gegenstände in allen Räumen meiner Wohnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Suche ich endlos nach wichtigen Dokumenten oder Dingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Weise ich Besuch an der Tür ab, weil es bei mir so unordentlich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Fühle ich mich trotz enormer Unordnung körperlich wohl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Verursacht die Unordnung in meiner Wohnung hygienische Problemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Reagiere ich gestresst oder angespannt, wenn Menschen mein «Chaos» kritisieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühle ich mich körperlich erschöpft, wenn ich ans Aufräumen denke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Isoliere ich mich sozial wegen meiner Wohnsituation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Entstehen wegen meiner Unordnung Konflikte mit Familie oder Nachbarn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Lüge ich, wenn ich auf den Zustand meiner Wohnung angesprochen werde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ekeln sich andere Menschen in meiner Wohnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Verschlechtert sich der Zustand meiner Wohnung zunehmend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Beeinträchtigt die Unordnung meine Arbeit oder meinen Alltag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Gebe ich Bemühungen, Ordnung zu halten, immer wieder auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Gab es in meiner Kindheit chaotische oder traumatische Umstände? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)15. Bin ich mediengeil?

Mediengeilheit beschreibt den exzessiven Konsum von Medieninhalten ohne kritische Auswahl oder Qualitätsbewusstsein. Betroffene lassen sich von der Informationsflut überschwemmen, konsumieren wahllos Nachrichten, Videos und Artikel und können Clickbait oder vorgeschlagenen Inhalten nicht widerstehen. Ohne gezielt nach Inhalten zu suchen, verschwenden sie Stunden mit passivem, planlosem Browsen und Scrollen. Statt Wissen entsteht so ein Chaos an unzusammenhängenden Informationen, kritisches Denken wird durch impulsives Klicken ersetzt. Ursache ist oft eine mangelnde Reflexion des eigenen Medienverhaltens.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, ich sollte weniger Medien konsumieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Habe ich das Gefühl, die Kontrolle über meinen Medienkonsum verloren zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fühle ich mich von der Informationsflut in den Medien überfordert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bereue ich häufig, zu viel Zeit mit Medien verschwendet zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fehlt mir eine klare Vorstellung davon, was ich in den Medien suche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich ohne exzessiven Medienkonsum oft leer und unzufrieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Schäme ich mich für meinen unkontrollierten Medienkonsum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ärgere ich mich oft über meine fehlende Selbstdisziplin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Habe ich ständig Angst, etwas Wichtiges in den Medien zu verpassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Klicke ich automatisch auf Vorschläge oder Empfehlungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Komme ich nicht an Clickbait oder Schlagzeilen vorbei, ohne draufzuklicken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Scrolle ich stundenlang durch Newsfeeds, ohne ein konkretes Ziel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Konsumiere ich mehrmals täglich zwanghaft die Nachrichten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Springe ich ohne Filter von Artikel zu Artikel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Schaue ich Videos oder lese ich Artikel zu Ende, obwohl sie mich nicht interessieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Merke ich körperliche Unruhe, wenn ich keine Medien konsumiere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Vernachlässige ich für meinen Medienkonsum körperliche Bedürfnisse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Leide ich unter Konzentrationsproblemen infolge ständiger Reizüberflutung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Bemerke ich körperliche Symptome wie Augenschmerzen oder Nackenverspannungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Vernachlässige ich meine sozialen Kontakte für meinen Medienkonsum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ärgern sich andere darüber, dass ich ständig auf mein Smartphone schaue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Tippe ich auf meinem Handy herum, während ich mich mit anderen unterhalte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Fehlt mir wegen meines Medienverhaltens die Zeit für echte Begegnungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Bevorzuge ich Medienkonsum gegenüber realen Erlebnissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Leidet meine Konzentrationsfähigkeit unter meinem Medienkonsum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Fehlt mir trotz ständiger Informationsflut echtes Verständnis oder Wissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Habe ich das Gefühl, dass nichts so glücklich macht wie Medienkonsum? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wurden in meiner Familie exzessiv und unkritisch Medien konsumiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)16. Bin ich anfällig für Ideologien?

Ideologiefähigkeit bedeutet, extreme Weltanschauungen unkritisch zu übernehmen und alternative Perspektiven kategorisch abzulehnen. Betroffene neigen zu Schwarz-Weiss-Denken, geben einfache Antworten auf komplexe Probleme und identifizieren sich stark mit Gruppen oder Führern.

Ideologiefähigkeit kann zu Radikalisierung, sozialer Spaltung und dem Verlust kritischen Denkens führen.

Selbstreflexion hilft dabei, geistige Flexibilität zu bewahren.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sehe ich die Welt meist in klaren Gut-Böse-Kategorien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, dass nur meine Weltanschauung richtig ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gebe ich mir selbst einfache Antworten auf komplexe Fragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Lehne ich automatisch ab, was meiner Überzeugung widerspricht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Denke ich, dass alle Andersdenkenden dumm oder böse sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich Menschen mit anderer Überzeugung überlegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Brauche ich eine starke Ideologie für mein Selbstwertgefühl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Macht es mich wütend, wenn jemand meine Überzeugungen hinterfragt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Habe ich Angst vor Menschen mit anderen Weltanschauungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Umgebe ich mich nur mit Gleichgesinnten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ignoriere ich Informationen, die meiner bisherigen Sicht widersprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Versuche ich ständig, andere zu bekehren oder zu belehren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Boykottiere ich Menschen oder Produkte wegen ideologischer Differenzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Teile ich unkritisch alles, was meine Weltanschauung bestätigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Rechtfertige ich Gewalt oder Hass gegen Andersdenkende? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Werde ich bei ideologischen Diskussionen körperlich oder verbal aggressiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Spüre ich eine starke körperliche Reaktion auf meine «Feindbilder»? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Fühle ich mich körperlich unwohl, wenn sich Informationen widersprechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Reagiere ich mit Stress auf Weltanschauungen, die von meiner abweichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Beende ich Freundschaften wegen unterschiedlicher politischer Meinungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Entstehen infolge meiner Überzeugungen häufig aggressive Diskussionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Verurteile ich Menschen pauschal wegen ihrer Weltanschauung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Isoliere ich mich wegen ideologischer Differenzen von meiner Familie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Teile ich mein Umfeld in «Freund» und «Feind» ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Werde ich immer extremer in meinen Überzeugungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Habe ich Schwierigkeiten, die Folgen meiner Intoleranz kritisch zu betrachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Verliere ich zunehmend die Fähigkeit zu Kompromissen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Gab es in meiner Familie starke ideologische Prägungen oder Konflikte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)17. Bin ich ein People-Pleaser?

People-Pleasing bedeutet, es allen recht machen zu wollen – oft auf eigene Kosten. Hilfsbereitschaft ist wertvoll, doch wo führt sie zur Selbstaufgabe? Dieser Selbstcheck zeigt, ob du gesunde Grenzen setzen kannst oder dich im Bedürfnis nach Harmonie und Anerkennung verlierst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Denke ich oft, dass meine Bedürfnisse unwichtig sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Glaube ich, nur gemocht zu werden, wenn ich für andere da bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habe ich Angst, als egoistisch zu gelten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Denke ich ständig darüber nach, was andere von mir erwarten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Verbiете ich mir, Nein zu sagen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich extreme Schuld, wenn ich jemanden enttäusche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Habe ich panische Angst vor Ablehnung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühle ich mich nur wertvoll, wenn ich gebraucht werde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Macht mich Kritik völlig fertig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Opfere ich mein Glück für die Zufriedenheit anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Sage ich automatisch Ja, bevor ich nachdenke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Entschuldige ich mich ständig, auch ohne Grund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Übernehme ich Aufgaben, obwohl ich überlastet bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vermeide ich Konflikte um jeden Preis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Stelle ich meine Pläne für andere zurück? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Ignoriere ich Erschöpfungssignale, um anderen helfen zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn ich Nein sage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Unterdrücke ich eigene Bedürfnisse, bis Krankheitssymptome auftreten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühle ich mich bei Konflikten körperlich unwohl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Ziehe ich Menschen an, die mich ausnutzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Gebe ich immer mehr, als ich bekomme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ist die Verantwortung in meinen Beziehungen ungleich verteilt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Werde ich respektlos behandelt, weil ich keine Grenzen setze? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Verliere ich mich in den Bedürfnissen anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Fühle ich mich ausgebrannt vom ständigen Gefallen-Wollen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Habe ich manchmal das Gefühl, mich selbst aufgegeben zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Glaube ich, dass eigene Bedürfnisse egoistisch sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wurde mir beigebracht, dass man nur für Leistung geliebt wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E) Charakter & Blinde Flecken

E)18. Wovor habe ich am meisten Angst?

Ängste sind tief verwurzelte emotionale Reaktionen und können das Leben erheblich beeinträchtigen. Bei der Geburt hat jeder Mensch nur eine Angst – alle übrigen werden uns ab der ersten Minute beigebracht oder wir schauen sie uns ab. Dabei spielen Unwissen und Falschinformationen eine zentrale Rolle. Wissen kann helfen, Ängste zu überwinden und Risiken realistisch einzuschätzen. Dieser Fragebogen hilft dir zu erkennen, welche Ängste dein Leben dominieren und wo Aufklärung und Hilfe sinnvoll sein könnten. Wichtig: Dieser Fragebogen wird nach Gruppen ausgewertet. Deshalb hat jede Gruppe ein eigenes Total-Feld.

Datum: _____

Total:

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe 1: Existenzielle Ängste

Total Gruppe 1:

1. Habe ich Angst vor dem Tod oder dem Sterben?
2. Macht mir der Gedanke an schwere Krankheiten Angst?
3. Fürchte ich mich vor Armut oder finanzieller Not?
4. Macht mir die Vorstellung des Alterns Angst?
5. Fürchte ich mich vor dem Verlust meiner Autonomie?

Gruppe 2: Gesellschaftliche Ängste

Total Gruppe 2:

6. Fürchte ich mich vor Korruption und Machtmissbrauch?
7. Bereitet mir die Möglichkeit von Krieg oder Terror Angst?
8. Habe ich Angst vor gesellschaftlichen Umbrüchen oder Chaos?
9. Fürchte ich mich vor Überwachung und Kontrolle?
10. Machen mir Klimawandel und Umweltzerstörung Angst?

Gruppe 3: Persönliche Ängste

Total Gruppe 3:

11. Habe ich Angst davor, zu versagen oder Fehler zu machen?
12. Fürchte ich mich vor Einsamkeit und sozialer Isolation?
13. Habe ich Angst davor, von anderen kritisiert oder abgelehnt zu werden?
14. Fürchte ich mich davor, meine körperlichen oder geistigen Fähigkeiten einzubüssen?
15. Habe ich Angst vor wichtigen Entscheidungen?

Gruppe 4: Phobien und konkrete Ängste

Total Gruppe 4:

16. Habe ich Angst vor dem Fliegen (in Flugzeugen)?
17. Fürchte ich mich vor Spinnen oder anderen Insekten?
18. Habe ich Angst vor Höhen oder vor dem Fallen?
19. Habe ich Angst vor engen oder geschlossenen Räumen?
20. Fürchte ich mich vor medizinischen Eingriffen oder Spritzen?

Gruppe 5: Zukunfts- und Technologieängste

Total Gruppe 5:

21. Habe ich Angst vor den Auswirkungen künstlicher Intelligenz?
22. Fürchte ich mich vor Cyberangriffen oder Datendiebstahl?
23. Bereitet mir der technologische Fortschritt Angst?
24. Habe ich Angst vor einer ungewissen Zukunft?

Gruppe 6: Beziehungs- und soziale Ängste

Total Gruppe 6:

25. Fürchte ich mich davor, von anderen verlassen zu werden?
26. Fürchte ich mich vor dem Verlust geliebter Menschen?
27. Habe ich Angst vor öffentlichen Auftritten oder Reden?
28. Habe ich Angst davor, mich vor anderen Menschen zu blamieren?
29. Spielten Trennungsangst oder Ausgeliefertsein in meiner Kindheit eine zentrale Rolle?

F) Psychologie & Neurologie

F)01. Bin ich ein Narzisst?

Narzissmus bedeutet übermässige Selbstbezogenheit, Grandiosität und mangelnde Empathie. Ein gesundes Selbstwertgefühl ist wichtig – doch wo wird es zur Selbstüberschätzung? Dieser Selbstcheck zeigt, ob du andere hauptsächlich als Spiegel deiner Grossartigkeit siehst oder in echter Verbindung mit Menschen stehst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich oft, dass ich besser bin als die meisten anderen? □ □ □ □ □
- 2. Glaube ich, dass normale Regeln für mich nicht gelten? □ □ □ □ □
- 3. Fantasiere ich über grenzenlosen Erfolg und Bewunderung? □ □ □ □ □
- 4. Denke ich, dass nur besondere Menschen mich verstehen können? □ □ □ □ □
- 5. Halte ich meine Bedürfnisse für wichtiger als die anderer? □ □ □ □ □

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 6. Fühle ich mich bei der kleinsten Kritik tief gekränkt? □ □ □ □ □
- 7. Brauche ich ständig Bewunderung, um mich gut zu fühlen? □ □ □ □ □
- 8. Empfinde ich Neid, wenn andere im Mittelpunkt stehen? □ □ □ □ □
- 9. Fühle ich mich leer ohne Aufmerksamkeit von aussen? □ □ □ □ □
- 10. Erlebe ich Wut, wenn ich nicht bevorzugt behandelt werde? □ □ □ □ □

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 11. Lenke ich Gespräche auf die Themen, die mir wichtig sind? □ □ □ □ □
- 12. Übertreibe ich meine Leistungen und Talente? □ □ □ □ □
- 13. Erwarte ich eine Sonderbehandlung ohne Gegenleistung? □ □ □ □ □
- 14. Nutze ich andere für meine Zwecke aus? □ □ □ □ □
- 15. Ignoriere ich die Gefühle anderer, wenn sie mir nicht nützen? □ □ □ □ □

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 16. Verwende ich übermässig viel Zeit auf mein Aussehen? □ □ □ □ □
- 17. Spüre ich körperliche Unruhe, wenn ich nicht beachtet werde? □ □ □ □ □
- 18. Fehlt mir ein Gespür für die emotionale Atmosphäre im Raum? □ □ □ □ □
- 19. Fühle ich mich körperlich überlegen oder perfekt? □ □ □ □ □

Gruppe e): Beziehungen

- 20. Beurteile ich andere hauptsächlich danach, was sie mir bieten können? □ □ □ □ □
- 21. Fällt es mir schwer, echtes Interesse für die Probleme andere aufzubringen? □ □ □ □ □
- 22. Empfinde ich Beziehungen als unbefriedigend, sobald ich nicht davon profitiere? □ □ □ □ □
- 23. Erwarte ich Bewunderung, gebe aber wenig zurück? □ □ □ □ □
- 24. Bezeichnen andere mich manchmal als selbstbezogen? □ □ □ □ □

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 25. Habe ich Schwierigkeiten, dauerhafte und tiefe Beziehungen zu führen? □ □ □ □ □
- 26. Folgt auf Anerkennung und Bewunderung ein Gefühl der Enttäuschung? □ □ □ □ □
- 27. Fühle ich mich trotz äusserer Erfolge innerlich leer? □ □ □ □ □
- 28. Wurde mir als Kind vermittelt, ich sei etwas ganz Besonderes? □ □ □ □ □

F) Psychologie & Neurologie

F)02. Unterliege ich dem Dunning-Kruger-Effekt?

Der Dunning-Kruger-Effekt beschreibt die Tendenz, eigene Fähigkeiten zu überschätzen, während gleichzeitig die Kompetenz anderer unterschätzt wird. Besonders bei geringem Wissen in einem Bereich neigen Menschen dazu, ihre Expertise zu überschätzen. Dieser Fragebogen hilft dabei, eigene Muster der Selbstwahrnehmung und Kompetenzeinschätzung zu reflektieren und blinde Flecken in der Selbstbeurteilung zu erkennen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Glaube ich, etwas völlig verstanden zu haben, obwohl ich nur kurz darüber gelesen habe?
- 2. Halte ich mich oft für kompetenter in einem Bereich, als ich tatsächlich bin?
- 3. Denke ich häufig, dass Aufgaben einfacher sind, als sie sich dann herausstellen?
- 4. Bilde ich mir schnell eine feste Meinung zu Themen, die ich nicht gründlich studiert habe?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Fühle ich mich überlegen, wenn andere länger brauchen, um etwas zu verstehen?
- 6. Bin ich stolz darauf, Dinge «intuitiv» zu erfassen, ohne viel lernen zu müssen?
- 7. Ärgere ich mich, wenn andere meine schnellen Lösungsvorschläge nicht sofort umsetzen?
- 8. Fühle ich mich gekränkt, wenn jemand meine Kompetenz in Frage stellt?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Unterbreche ich andere oft, weil ich glaube, schon zu wissen, was sie sagen wollen?
- 10. Überspringe ich Anleitungen oder Einführungen, weil ich denke, ich verstehe es schon?
- 11. Gebe ich schnell Ratschläge, auch wenn ich wenig Erfahrung in dem Bereich habe?
- 12. Ignoriere ich Expertenmeinungen, weil ich glaube, die Sache besser zu verstehen?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Bemerke ich körperliche Anspannung, wenn andere meine Einschätzungen korrigieren?
- 14. Bin ich gestresst, wenn eine Aufgabe schwieriger ist als gedacht?
- 15. Spüre ich Widerstand in mir, wenn ich zugeben müsste, dass ich etwas nicht weiss?
- 16. Fühle ich mich körperlich unwohl, wenn ich Fehler gemacht habe?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Werden andere ungeduldig oder genervt von meinen schnellen Urteilen?
- 18. Entstehen Konflikte, weil ich die Arbeitsweise anderer für ineffizient halte?
- 19. Fühlen sich andere von mir belehrt oder bevormundet?
- 20. Ziehen sich Menschen zurück, wenn ich ihre Expertise in Frage stelle?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Verpasse ich Lernchancen, weil ich glaube, bereits alles zu wissen?
- 22. Bleibe ich in meiner Entwicklung stehen, weil ich selten um Hilfe bitte?
- 23. Wiederhole ich dieselben Fehler, weil ich sie nicht als solche erkenne?
- 24. Limitiert meine Selbstüberschätzung meine beruflichen oder persönlichen Fortschritte?
- 25. Verhindert meine Haltung, dass ich von anderen lernen kann?
- 26. Wurde mir als Kind vermittelt, dass ich besonders klug bin und alles schnell verstehe?

F) Psychologie & Neurologie

F)03. Bin ich süchtig?

Sucht ist weit mehr als Konsum. Es geht um zwanghaftes Verhalten trotz negativer Folgen. Genuss ist gesund, doch wo wird er zur Abhängigkeit? Dieser Selbstcheck zeigt, ob du Kontrolle über deine Gewohnheiten hast oder ob Arbeit, Handy, Shopping, Essen usw. dich beherrschen.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

1 2 3 4 5

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich ständig an meine «Droge» (Arbeit, Handy etc.)?
- 2. Rechtfertige ich übermässigen Konsum?
- 3. Verharmlose ich die negativen Folgen?
- 4. Plane ich meinen Tag um meine «Droge» herum?
- 5. Leugne ich, ein Problem zu haben?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 6. Fühle ich Unruhe ohne meine «Droge»?
- 7. Brauche ich immer mehr für denselben Effekt?
- 8. Schäme ich mich für mein Verhalten?
- 9. Fühle ich mich leer ohne meinen «Fix»?
- 10. Habe ich Angst vor dem Leben ohne meine Sucht?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 11. Kann ich nicht aufhören, obwohl ich gerne aufhören würde?
- 12. Vernachlässige ich Pflichten für meine «Droge»?
- 13. Verstecke ich das Ausmass meines Konsums?
- 14. Habe ich erfolglos versucht aufzuhören?
- 15. Setze ich mein Verhalten trotz Schäden fort?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 16. Ignoriere ich körperliche Warnsignale?
- 17. Spüre ich Entzugserscheinungen?
- 18. Schädige ich meinen Körper wissentlich?
- 19. Fehlt mir körperliches Wohlbefinden ohne meine «Droge»?

Gruppe e): Beziehungen

- 20. Belastet mein Suchtverhalten meine Beziehungen?
- 21. Habe ich Menschen wegen meiner Sucht verloren?
- 22. Belüge ich andere über mein Verhalten?
- 23. Nehme ich für meine «Droge» Isolation in Kauf?
- 24. Nutze ich andere, um meine Sucht zu finanzieren bzw. zu ermöglichen?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 25. Zerstört meine Sucht langsam mein Leben?
- 26. Habe ich die Kontrolle verloren?
- 27. Glaube ich, ohne meine «Droge» nicht leben zu können?
- 28. Wurde mir vorgelebt, dass es normal ist, sich zu betäuben?

F) Psychologie & Neurologie

F)04. Bin ich manisch?

Manie ist eine schwere psychische Störung, die durch extreme Stimmungsaufhellung, Grössenwahn, vermindertes Schlafbedürfnis und riskante Verhaltensweisen charakterisiert ist. Betroffene zeigen übersteigertes Selbstvertrauen, sprechen schnell und viel, sind hyperaktiv und treffen impulsive Entscheidungen. Manie ist Teil der bipolaren Störung und erfordert professionelle Behandlung. Unbehandelt kann sie zu finanziellen Verlusten, Beziehungsbrüchen und gesundheitlichen Schäden führen. Eine frühzeitige Erkennung ist wichtig für eine angemessene medizinische Intervention.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Glaube ich, aussergewöhnliche Fähigkeiten oder eine besondere Mission zu haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Denke ich, dass ich alles schaffen und erreichen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Plane ich viele grandiose oder unrealistische Projekte gleichzeitig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Springe ich gedanklich schnell zwischen verschiedenen Themen hin und her? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Halte ich mich für genial oder den anderen weit überlegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich oft euphorisch und unbesiegbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Empfinde ich eine übertriebene Hochstimmung ohne erkennbaren Grund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bin ich gereizt oder aggressiv, wenn andere meine Ideen kritisieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Schwanke ich zwischen extremer Euphorie und Wut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Schlafe ich nur wenige Stunden, fühle mich aber trotzdem energiegeladen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Rede ich ununterbrochen und sehr schnell? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Gebe ich viel Geld für unnötige oder impulsive Käufe aus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Treffe ich wichtige Entscheidungen, ohne nachzudenken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bin ich hyperaktiv und kann nicht stillsitzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Verhalte ich mich sexuell respektlos oder riskant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Fühle ich mich körperlich unruhig und getrieben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Spüre ich kaum Müdigkeit, obwohl ich wenig schlafe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Bin ich zappelig und kann mich nicht entspannen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Spüre ich starke körperliche Energie und Schaffensdrang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Überfordere ich andere mit meinem Eifer und meiner Hektik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Provozieren meine impulsiven oder grandiosen Pläne Konflikte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Vernachlässige ich Beziehungen, weil meine Projekte «wichtiger» sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Reagieren andere besorgt oder ängstlich auf mein Verhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Isoliere ich mich, weil andere meine «Grossartigkeit» nicht verstehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Fällt es mir schwer, Kritik an meinem Verhalten ernst zu nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Wechseln bei mir Phasen extremer Hochstimmung mit Tiefs ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Hatten meine riskanten Entscheidungen schon mehrfach schwerwiegende Folgen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Gab es in meiner Familie Fälle von bipolarer Störung oder Manie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F) Psychologie & Neurologie

F)05. Bin ich im Autismus-Spektrum?

Das Autismus-Spektrum beschreibt Besonderheiten in Wahrnehmung, sozialer Interaktion, Kommunikation und Verhalten. Es umfasst verschiedene Ausprägungen – von mild bis stark. Viele Autisten haben ausgeprägte Spezialinteressen oder besondere Fähigkeiten. Dieser Fragebogen dient nur einer ersten Orientierung. Eine Diagnose kann nur von einem Facharzt gestellt werden.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich oft, dass andere Menschen kompliziert und unlogisch handeln?
- 2. Fällt es mir schwer zu verstehen, warum Menschen nicht direkt sagen, was sie meinen?
- 3. Bevorzuge ich klare Regeln und Strukturen gegenüber spontanen Entscheidungen?
- 4. Beschäftige ich mich gedanklich sehr intensiv mit meinen besonderen Interessensgebieten?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Fühle ich mich erschöpft nach sozialen Situationen, auch wenn sie angenehm waren?
- 6. Bin ich gestresst, wenn meine gewohnten Routinen unterbrochen werden?
- 7. Fühle ich mich oft missverstanden oder «anders» als andere Menschen?
- 8. Empfinde ich Unbehagen bei unerwarteten Veränderungen im Tagesablauf?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Halte ich mich strikt an Termine und erwarte das auch von anderen?
- 10. Sammle oder ordne ich gerne Dinge nach bestimmten Systemen oder Kategorien?
- 11. Rede ich ausführlich über meine Spezialinteressen, auch wenn andere gelangweilt wirken?
- 12. Verwende ich oft dieselben Phrasen oder Ausdrücke in ähnlichen Situationen?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Reagiere ich empfindlich auf bestimmte Geräusche, Texturen oder Lichtverhältnisse?
- 14. Habe ich repetitive Bewegungen oder Gewohnheiten (tippen, drehen, ordnen)?
- 15. Fällt es mir schwer, angemessenen Augenkontakt zu halten?
- 16. Bemerke ich körperliche Anspannung in unstrukturierten sozialen Situationen?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Werden andere manchmal ungeduldig, weil ich Dinge zu wörtlich nehme?
- 18. Habe ich Schwierigkeiten, ungeschriebene soziale Regeln zu verstehen?
- 19. Fühlen sich andere manchmal vor den Kopf gestossen durch meine direkte Art?
- 20. Habe ich lieber wenige, aber tiefe Beziehungen als viele oberflächliche Kontakte?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Habe ich Strategien entwickelt, um «normal» zu wirken und mich anzupassen?
- 22. Kostet es mich viel Energie, mich in sozialen Situationen «richtig» zu verhalten?
- 23. Wurde mir schon als Kind gesagt, ich sei «eigenartig» oder «altklug»?
- 24. Erkenne ich erst im Nachhinein, wenn ich soziale Signale falsch gedeutet habe?
- 25. Habe ich das Gefühl, eine «Maske» zu tragen, um in der Gesellschaft zu funktionieren?
- 26. Wurde mir als Kind vermittelt, dass ich «anders», «komisch» oder «zu ernst» bin?

F) Psychologie & Neurologie

F)06. Habe ich eine Erwachsenen-ADHS-Symptomatik?

Beschreibung: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) wird oft erst im Erwachsenenalter erkannt, da sich Symptome mit der Zeit wandeln. Dieser Fragebogen hilft dabei, typische ADHS-Anzeichen wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität im Erwachsenenleben zu reflektieren. ADHS ist ein anerkanntes Krankheitsbild, das professionelle Diagnose und Behandlung erfordert. Bei Verdacht wenden Sie sich an Fachärzte für Psychiatrie oder spezialisierte ADHS-Zentren.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich oft, dass ich anders «ticke» als andere Menschen?
- 2. Glaube ich, dass mein Gehirn ständig «auf Hochtouren» läuft?
- 3. Habe ich das Gefühl, dass normale Alltagsroutinen für mich schwieriger sind?
- 4. Denke ich häufig mehrere Gedanken gleichzeitig und verliere den roten Faden?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 5. Fühle ich mich oft unruhig oder innerlich getrieben?
- 6. Empfinde ich Frustration, wenn ich mich nicht konzentrieren kann?
- 7. Schäme ich mich für meine Vergesslichkeit oder Unorganisiertheit?
- 8. Fühle ich mich erschöpft von der ständigen Anstrengung, «normal» zu funktionieren?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 9. Schiebe ich wichtige Aufgaben häufig auf, obwohl ich sie erledigen möchte?
- 10. Verliere ich regelmässig Gegenstände oder vergesse, wo ich sie hingelegt habe?
- 11. Unterbreche ich andere oft oder rede impulsiv dazwischen?
- 12. Wechsle ich häufig zwischen verschiedenen Aktivitäten, ohne sie zu beenden?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 13. Bin ich körperlich unruhig und muss mich ständig bewegen?
- 14. Fällt es mir schwer, längere Zeit still zu sitzen?
- 15. Klopfe, tippe oder bewege ich oft unbewusst Hände oder Füsse?
- 16. Spüre ich eine innere Rastlosigkeit, auch wenn ich müde bin?

Gruppe e): Beziehungen

- 17. Haben andere schon bemerkt, dass ich abwesend oder unaufmerksam wirke?
- 18. Entstehen Konflikte, weil ich Termine vergesse oder zu spät komme?
- 19. Fühlen sich andere durch meine Impulsivität oder Ungeduld gestört?
- 20. Habe ich Schwierigkeiten, bei längeren Gesprächen aufmerksam zu bleiben?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 21. Beeinträchtigen Konzentrationsprobleme meine berufliche Leistung?
- 22. Führt meine Unorganisiertheit zu chronischem Stress in meinem Leben?
- 23. Habe ich das Gefühl, mein Potenzial nicht voll ausschöpfen zu können?
- 24. Entwickle ich immer neue Strategien, um meine Schwierigkeiten zu kompensieren?
- 25. Habe ich schon als Kind Aufmerksamkeits- oder Verhaltensprobleme gehabt?
- 26. Wurde mir als Kind gesagt, ich sei «zappelig», «verträumt» oder «chaotisch»?

F) Psychologie & Neurologie

F)07. Bin ich hypersensibel?

Hypersensibilität bedeutet, dass du Gedanken, Gefühle, Stimmungen oder Reize intensiver wahrnimmst als andere. Das kann ein Vorteil, aber auch eine Nachteil sein – zum Beispiel wenn es dich im Alltag überfordert. Dieser Fragebogen zeigt dir, wie feinfühlig du die Welt erlebst und ob du möglicherweise hypersensible Tendenzen hast.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Reagiere ich empfindlich auf kleinste Veränderungen in meiner Umgebung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Beschäftigen mich persönliche Erlebnisse oft noch lange Zeit später? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bemerke ich sofort, dass etwas «nicht stimmt», ohne es genau erklären zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Brauche ich viel Zeit, um meine Gedanken zu ordnen und innerlich zur Ruhe zu kommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Habe ich oft das Gefühl, von meinen Gedanken oder Gefühlen «überflutet» zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich schnell verletzt, selbst bei kleinsten Bemerkungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Frage ich mich häufig, ob ich „richtig“ bin, wie ich bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Erlebe ich Kritik besonders intensiv bzw. als persönlichen Angriff? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Spüre ich sofort, wenn jemand wegen mir enttäuscht oder verärgert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Denke ich manchmal, dass ich zu sentimental bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Brauche ich regelmäßig Ruhezeiten, um mich von den letzten Eindrücken zu erholen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Meide ich laute oder hektische Umgebungen, wenn es möglich ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Habe ich ein besonderes Interesse für intuitive und künstlerische Ausdrucksformen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Bewirkt mein starkes Mitgefühl, dass ich mich besonders für Bedürftige engagiere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Fällt es mir schwer, mich abzugrenzen, wenn andere etwas von mir erwarten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Reagiere ich empfindlich auf Licht, Geräusche, Gerüche oder Berührungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn mich etwas emotional belastet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Leide ich körperlich mit, wenn jemand nervös, traurig oder gestresst ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fühle ich mich nach einem anstrengenden Tag erschöpft oder ausgelaugt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Beschäftige ich mich intensiv mit meiner inneren Welt (Gefühle, Gedanken etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Reagiere ich stärker auf Koffein, Alkohol oder Medikamente als andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Erkenne ich sofort die Stimmung anderer Menschen, auch ohne dass sie etwas sagen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Fühle ich mich schnell verantwortlich für die Gefühle anderer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Kann ich Konflikte und Ungerechtigkeit nur schwer ertragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Bemerke ich Nuancen in Mimik, Gestik oder Wortwahl, die anderen entgehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Brauche ich in engen Beziehungen besonders viel Nähe, Verständnis und Rückhalt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. Sehe ich meine Sensibilität als Stärke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Kann ich heute besser mit intensiven Emotionen umgehen als früher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Wurde meine Sensibilität in meiner Kindheit eher kritisiert als wertgeschätzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F) Psychologie & Neurologie

F)08. Bin ich hochbegabt?

Hochbegabung bedeutet, dass du in bestimmten Bereichen überdurchschnittliche Fähigkeiten hast (schnelle Auffassungsgabe, hohes Mass an Kreativität, besondere Konzentrations- oder Problemlösefähigkeit usw.). Hochbegabung kann eine Stärke, aber auch eine Herausforderung sein, etwa wenn du dich in sozialen Situationen missverstanden fühlst oder besonders hohe Ansprüche an dich selbst hast. Dieser Fragebogen zeigt dir, ob du zur Hochbegabung tendierst und wie du im Alltag damit umgehst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fällt es mir leicht, neue Ideen oder Modelle zu verstehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Lerne ich schneller als die meisten Menschen in meiner Umgebung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Entdecke ich oft Zusammenhänge, die anderen nicht auffallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Versuche ich, Dingen auf den Grund zu gehen, auch wenn es mir nicht direkt nutzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hinterfrage ich Dinge, die andere selten oder nie hinterfragen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Erbringe ich Höchstleistungen ohne äussere Anreize (intrinsische Motivation)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Bin ich sehr selbstkritisch, weil ich extrem hohe Ansprüche an mich habe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fühle ich mich unverstanden, weil andere meine Gedanken nicht nachvollziehen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Habe ich das Gefühl, im Alltag mein volles Potenzial nicht ausschöpfen zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Spüre ich einen innerlichen Druck, Ausserordentliches zu leisten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fühle ich mich in sozialen Gruppen fremd oder „anders“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Erledige ich Aufgaben oft schneller oder effizienter als andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Suche ich nach kreativen Lösungen, anstatt vorgegebene Wege zu gehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Beschäftige ich mich intensiv und lange mit Themen, die mich interessieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Kann ich mir Details merken, die andere schnell vergessen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Behalte ich auch bei komplexen Projekten jederzeit den Überblick? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Bin ich schnell gelangweilt, wenn ich geistig unterfordert bin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Habe ich das Gefühl, Reize und Emotionen intensiver wahrzunehmen als andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Arbeite ich manchmal so konzentriert, dass alles um mich herum „verschwindet“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn etwas nicht „perfekt“ ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Fällt es mir schwer, Menschen zu finden, die meine Interessen teilen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Fühle ich mich in Gruppen oft gelangweilt oder unterfordert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sind andere genervt davon, dass ich alles ständig hinterfrage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Habe ich Schwierigkeiten, die „geringen“ Standards anderer zu akzeptieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Sind meine kognitiven Fähigkeiten ausgeprägter als meine sozial-emotionalen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Nutze ich meine Fähigkeiten bewusst, um meine Ziele zu erreichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Sehe ich meine Hochbegabung als Stärke und nicht als Belastung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Habe ich als Kind eher Anpassungsdruck als Förderung erfahren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F) Psychologie & Neurologie

F)09. Bin ich neurodivergent?

Neurodivergenz heisst, dass dein Gehirn Reize anders verarbeitet als der Durchschnitt. Sie ist keine Krankheit, sondern eine besondere Art zu sein. Dieser Fragebogen erfasst die positiven Aspekte der Neurodiversität: Spezialinteressen, kreatives Denken, besondere Wahrnehmung, systematische Analyse usw. Neurodivergenz kann das Autismus-Spektrum, ADHS, Dyslexie, Hochbegabung, Hypersensibilität und andere neurologische Besonderheiten umfassen – aber sie tut nicht weh!

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Denken & Fühlen

- 1. Denke ich oft «outside the box» und komme auf ungewöhnliche Lösungen?
- 2. Habe ich ein starkes Gespür für Fairness, Gerechtigkeit oder Werte?
- 3. Bemerke ich Details, die anderen Menschen entgehen?
- 4. Nutze ich Sprache kreativ und originell (z. B. bildhaft, präzise, poetisch)?
- 5. Erlebe ich Emotionen intensiv und kann sie bewusst reflektieren?
- 6. Denke ich oft in Bildern, Mustern oder Assoziationen statt linear in Worten?

Gruppe b): Wahrnehmung & Reizverarbeitung

- 7. Nehme ich Sinneseindrücke (Geräusche, Licht, Berührung) besonders intensiv wahr?
- 8. Gibt es Phasen, in denen ich hyperfokussiert und hochproduktiv bin («Flow»)?
- 9. Kann ich mich lange Zeit in einer reizarmen Umgebung aufhalten?
- 10. Habe ich ein feines Gespür für Gerüche oder Geschmäcker?
- 11. Gehe ich sehr fokussiert vor, wenn mich etwas wirklich interessiert?

Gruppe c): Kommunikation & Sozialverhalten

- 12. Habe ich wenige, aber sehr enge Beziehungen oder Freundschaften?
- 13. Empfinde ich Sympathie sehr stark, auch wenn ich sie anders zeige als andere?
- 14. Habe ich oft das Gefühl, anders zu «ticken» als andere Menschen?
- 15. Finde ich tiefe Gespräche interessanter als Smalltalk?
- 16. Kann ich mich lange allein beschäftigen?
- 17. Habe ich ein feines Gespür für Stimmungen und Atmosphären?

Gruppe d): Routinen & Spezialinteressen

- 18. Liebe ich feste Routinen und eine strukturierte Vorgehensweise?
- 19. Habe ich Spezialinteressen, in die ich komplett «eintauchen» kann?
- 20. Sammle ich gern detaillierte Informationen über meine Interessengebiete?
- 21. Arbeite ich gerne allein oder in kleinen Teams?
- 22. Plane ich Projekte gerne ausführlich und im Detail?

Gruppe e): Lernen & Gestalten

- 23. Gibt es Lernbereiche, in denen ich alles wie von selbst verstehe?
- 24. Finde ich originelle Wege, Aufgaben zu organisieren oder Probleme zu lösen?
- 25. Kann ich komplexe Sachverhalte durch Bilder, Modelle usw. verständlich machen?
- 26. Habe ich eine Vorliebe für Zeichensysteme (Mathematik, Informatik, Sprachen)?
- 27. Bin ich gut darin, eigene Schwächen durch kreative Ansätze zu kompensieren?

Gruppe f): Innere Haltung

- 28. Sehe ich meine neurologischen Besonderheiten als Teil meiner Identität?
- 29. Glaube ich, dass neurologische Diversität die Welt bereichert?
- 30. Wurde mir schon als Kind vermittelt, dass ich «schwierig» oder «anders» bin?

F) Psychologie & Neurologie

F)10. Habe ich eine Zwangsstörung?

Eine Zwangsstörung ist eine psychische Erkrankung, bei der Betroffene unter wiederkehrenden, ungewollten Gedanken (Zwangsgedanken) und/oder zwanghaften Handlungen (Zwangshandlungen) leiden. Diese Zwänge sind irrational, zeitraubend und beeinträchtigen das tägliche Leben erheblich. Häufige Formen sind Waschwang, Kontrollzwang oder Ordnungszwang. Die Störung verursacht grosses Leiden und kann unbehandelt zu sozialer Isolation und Funktionseinschränkungen führen. Eine professionelle Diagnose und Behandlung sind wichtig, da effektive Therapien verfügbar sind.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Habe ich wiederkehrende, störende Gedanken, die ich nicht kontrollieren kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Befürchte ich ständig, dass etwas Schlimmes passiert, wenn ich bestimmte Dinge nicht tue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Beschäftigen mich Gedanken über Schmutz, Keime oder Kontamination? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Habe ich aggressive oder sexuelle Gedanken, die mir Angst machen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Denke ich zwanghaft über Symmetrie, Ordnung oder «richtige» Abläufe nach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Fühle ich mich verantwortlich für Dinge, die ausserhalb meiner Kontrolle liegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Empfinde ich extreme Angst, wenn ich meine Rituale nicht durchführen kann? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Schäme ich mich für meine zwanghaften Gedanken oder Verhaltensweisen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fühle ich mich ohnmächtig im Hinblick auf meine Zwänge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Wasche ich mich übermässig häufig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kontrolliere ich wiederholt Türschlösser, Herd oder andere Geräte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Zähle, ordne oder arrangiere ich Dinge zwanghaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Wiederhole ich bestimmte Handlungen immer mit derselben Häufigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vermeide ich bestimmte Orte oder Gegenstände wegen meiner Zwänge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Brauche ich wegen meiner Rituale Stunden, um einfache Aufgaben zu erledigen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Spüre ich körperliche Anspannung, wenn ich Zwangshandlungen unterdrücke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Fühle ich mich in «unreinen» oder unordentlichen Umgebungen körperlich unwohl? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Löst es bei mir Stress aus, wenn ich in meinen Routinen unterbrochen werde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Bin ich körperlich erschöpft von meinen Zwangsritualen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe e): Beziehungen

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. Beeinträchtigen meine Zwänge meine Beziehungen zu anderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Erwarte ich von anderen, dass sie meine Rituale stets respektieren oder unterstützen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Isoliere ich mich wegen meiner Zwangsgedanken oder -handlungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Verstehen andere meine Zwänge nicht oder finden sie störend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Verschiebe ich soziale Aktivitäten, um meine Rituale ausführen zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25. Nehmen meine Zwänge täglich mehrere Stunden in Anspruch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Verschlechtern sich meine Zwangssymptome mit der Zeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Beeinträchtigen meine Zwänge meine Arbeit oder wichtige Lebensbereiche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Wurde in meiner Familie übertrieben viel Wert auf Sauberkeit und Ordnung gelegt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F) Psychologie & Neurologie

F)11. Bin ich depressiv?

Depression ist eine schwere psychische Erkrankung, die durch anhaltende Traurigkeit, Interessenverlust, Energiemangel und negative Gedanken charakterisiert ist. Betroffene leiden unter Schlafstörungen, Appetitveränderung, Konzentrationsproblemen und Gefühlen der Hoffnungslosigkeit. Depression beeinträchtigt alle Lebensbereiche und kann zu sozialer Isolation, Arbeitsunfähigkeit und sogar Suizidgedanken führen. Sie ist eine behandelbare Erkrankung, die professionelle medizinische Hilfe erfordert. Frühe Erkennung ist entscheidend für die Heilungschancen. Bei Suizidgedanken wende dich sofort an die Telefonseelsorge (**D: 0800 111 0 111, A: 142, CH: 143**) oder den Notdienst.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe a): Gedanken über mich selbst

- 1. Denke ich häufig, dass ich wertlos oder nutzlos bin?
- 2. Beschäftige ich mich oft mit negativen Gedanken über mich selbst?
- 3. Sehe ich kaum Hoffnung oder Zukunftsperspektiven für mein Leben?
- 4. Denke ich daran, mir selbst zu schaden?
- 5. Grübele ich endlos über Probleme nach, ohne Lösungen zu finden?

Gruppe b): Gefühle über den eigenen Wert

- 6. Fühle ich mich die meiste Zeit traurig oder leer?
- 7. Empfinde ich Schuld oder Scham für Dinge, die ich nicht kontrollieren kann?
- 8. Fehlt mir die Hoffnung auf Verbesserungen in meinem Leben?
- 9. Fühle ich mich emotional taub oder unfähig, Freude zu empfinden?

Gruppe c): Verhalten im Alltag

- 10. Habe ich das Interesse an Aktivitäten verloren, die mir früher Spass gemacht haben?
- 11. Vernachlässige ich meine Hygiene oder Haushaltsführung?
- 12. Fällt es mir schwer, einfache alltägliche Aufgaben zu bewältigen?
- 13. Umgehe ich Verpflichtungen oder sage häufig Termine ab?
- 14. Liege ich oft im Bett oder vermeide körperliche Aktivität?

Gruppe d): Körper & Selbstwahrnehmung

- 15. Leide ich unter Schlaflosigkeit oder schlafe ich zu viel?
- 16. Habe ich meinen Appetit verloren oder esse ich zu viel?
- 17. Fühle ich mich chronisch müde und energielos?
- 18. Habe ich körperliche Schmerzen ohne erkennbare Ursache?

Gruppe e): Beziehungen

- 19. Isoliere ich mich von anderen Menschen?
- 20. Belastet meine Niedergeschlagenheit meine Beziehungen?
- 21. Fühle ich mich unverstanden oder allein gelassen?
- 22. Habe ich das Gefühl, dass niemand mir helfen kann?

Gruppe f): Langzeitfolgen & Innere Haltung

- 23. Verschlechtert sich meine Stimmung kontinuierlich über Wochen oder Monate?
- 24. Beeinträchtigt meine Niedergeschlagenheit meine Arbeit oder Ausbildung?
- 25. Wünsche ich mir manchmal, ich wäre nie geboren worden?
- 26. Gab es in meiner Familie Depressionen oder schwere psychische Krisen?

F) Psychologie & Neurologie

F)12. Höre ich schlecht oder verstehe ich schlecht?

Verständnisprobleme haben verschiedene Ursachen. Schallwellen mischen sich auf dem Weg zum Ohr mit Umgebungsgeräuschen. Dein Innenohr wandelt dann alles in elektrische Signale um und leitet sie ins Gehirn. Dort werden sie mit gespeicherten Mustern verglichen, bis ein «Heureka-Moment» eintritt. Erst dann erfolgt die kognitive Zuordnung. Wird kein passendes Muster gefunden, kann das Gehirn kein zweites Mal scannen. Probleme können bei jedem Schritt auftreten – von der «Hardware» (Ohr) bis zur «Software» (Verarbeitung im Gehirn). Dieser Fragebogen zeigt, wo deine Schwierigkeiten liegen. Wichtig: Dieser Fragebogen wird nach Gruppen ausgewertet. Deshalb hat jede Gruppe ein eigenes Total-Feld.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe 1: Hardware (Ohr)

Total Gruppe 1:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 1. Höre ich Geräusche generell leiser als andere Menschen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 2. Muss ich bei Gesprächen häufig um Wiederholung bitten?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 3. Überhöre ich oft Geräusche wie Telefon, Türklingel oder Wecker?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 4. Stelle ich Radio, TV oder Musik lauter als andere im Raum?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 5. Habe ich Probleme, hohe Töne (Vogelgezwitscher, Kinderstimmen) zu hören?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 2: Software (Verarbeitung im Gehirn)

Total Gruppe 2:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 6. Verstehe ich Worte schlecht, auch wenn sie laut genug sind?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 7. Verwechsle ich ähnlich klingende Wörter (Gast/Last/Mast, Meise/Preise)?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 8. Fällt es mir schwer, gesprochene Informationen schnell zu verarbeiten?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 9. Verstehe ich einzelne Wörter, aber nicht den Sinn des ganzen Satzes?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 10. Brauche ich länger als andere, um Gesprochenes zu «entschlüsseln»?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 3: Umgebung

Total Gruppe 3:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 11. Verstehe ich in Restaurants oder bei Partys kaum noch etwas?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 12. Überfordern mich Gespräche, wenn Hintergrundgeräusche vorhanden sind?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 13. Habe ich in hallenden Räumen (Kirche, grosse Säle) Verständnisprobleme?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 14. Fällt es mir schwer, Menschen bei Strassenlärm oder Musik zu verstehen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 15. Ist es mir unmöglich, mehreren Gesprächen gleichzeitig folgen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 4: Konzentration

Total Gruppe 4:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 16. Verstehe ich schlechter, wenn ich müde oder gestresst bin?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 17. Schweifen meine Gedanken ab, wenn jemand länger redet?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 18. Fällt es mir generell schwer, mich auf Gespräche zu konzentrieren?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 19. Höre ich schlechter, wenn ich gleichzeitig andere Aufgaben erledige?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 20. Verschlechtert sich mein Hörverständnis bei emotionaler Belastung?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 5: Kommunikation

Total Gruppe 5:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 21. Verstehe ich bestimmte Personen (Dialekt, Akzent) besonders schlecht?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 22. Habe ich Probleme, wenn Menschen nuscheln oder schnell sprechen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 23. Verstehe ich Männerstimmen besser als Frauen- oder Kinderstimmen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 24. Fällt es mir schwer zu verstehen, wenn jemand undeutlich artikuliert?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 25. Habe ich Schwierigkeiten mit fremden Sprachen oder Fachbegriffen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 6: Soziales

Total Gruppe 6:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 26. Ziehe ich mich aus Gesprächen zurück, weil ich nicht gut verstehe?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 27. Schäme ich mich, ständig nachfragen zu müssen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 28. Unterstellen mir andere, ich würde «nicht zuhören» oder sie «ignorieren»?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 29. Wurde mir schon als Kind gesagt, ich sei schwerhörig oder hätte Hörprobleme?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

F) Psychologie & Neurologie

F)13. Vergesslichkeit & Konzentration

Vergesslichkeit und Konzentrationsprobleme haben verschiedene Ursachen: Altern, Stress, Überforderung oder gesundheitliche Faktoren. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen gelegentlicher Vergesslichkeit, die jeden betrifft, und systematischen Problemen, die den Alltag beeinträchtigen. Schlafmangel oder Nebenwirkungen von Medikamenten können ähnliche Symptome verursachen. Meistens sind Gedächtnisstörungen behandelbar. Wichtig: Dieser Fragebogen wird nach Gruppen ausgewertet. Deshalb hat jede Gruppe ein eigenes Total-Feld.

Datum: _____

Total:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Bewertung: 1 Trifft gar nicht zu, 2 Trifft eher nicht zu, 3 Teils-teils, 4 Trifft eher zu, 5 Trifft voll zu

1 2 3 4 5

Gruppe 1: Kurzzeitgedächtnis

Total Gruppe 1:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 1. Vergesse ich Namen von Personen, die ich gerade erst kennengelernt habe?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 2. Kann ich mir Telefonnummern oder kurze Zahlenfolgen schlecht merken?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 3. Vergesse ich oft, was ich gerade sagen wollte, mitten im Gespräch?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 4. Fällt es mir schwer, mir zu merken, was ich vor einer Stunde getan habe?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 5. Vergesse ich Gegenstände, die ich gerade erst irgendwo hingelegt habe?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 2: Langzeitgedächtnis

Total Gruppe 2:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 6. Kann ich mich schlecht an wichtige Ereignisse der letzten Monate erinnern?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 7. Vergesse ich Namen von Menschen, die ich gut kenne?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 8. Fallen mir bekannte Wörter nicht ein, obwohl sie «auf der Zunge liegen»?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 9. Habe ich Schwierigkeiten, mich an vertraute Orte oder Wege zu erinnern?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 10. Vergesse ich wichtige persönliche Informationen wie Geburtstage oder Termine?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 3: Aufmerksamkeit und Konzentration

Total Gruppe 3:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 11. Lasse ich mich leicht von Geräuschen oder Bewegungen ablenken?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 12. Verliere ich bei längeren Gesprächen den Faden oder die Aufmerksamkeit?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 13. Fällt es mir schwer, bei einer Aufgabe zu bleiben, ohne abzuschweifen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 14. Machen mich häufig Flüchtigkeitsfehler bei einfachen Aufgaben?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 15. Kann ich Bücher oder Artikel nicht mehr so gut lesen wie früher?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 4: Alltagsorganisation

Total Gruppe 4:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 16. Vergesse ich wichtige Termine oder Verabredungen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 17. Lasse ich häufig den Herd an oder vergesse, Türen abzuschliessen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 18. Verlege ich wichtige Gegenstände wie Schlüssel, Brille oder Handy?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 19. Vergesse ich, Medikamente zu nehmen oder nehme sie doppelt?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 20. Habe ich Schwierigkeiten, meinen Alltag zu planen und zu strukturieren?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 5: Neue Informationen lernen

Total Gruppe 5:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 21. Fällt es mir schwer, neue Namen, Begriffe oder Fakten zu lernen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 22. Habe ich Probleme, technische Geräte oder neue Apps zu verstehen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 23. Kann ich mir Anleitungen oder Erklärungen schlecht merken?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 24. Fällt es mir schwer, neue Gewohnheiten oder Routinen zu entwickeln?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 25. Brauche ich viel länger als früher, um neue Dinge zu lernen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Gruppe 6: Soziale und emotionale Auswirkungen

Total Gruppe 6:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- 26. Bin ich frustriert oder verärgert über meine Vergesslichkeit?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 27. Vermeide ich Situationen, in denen mein Gedächtnis gefordert ist?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 28. Machen sich andere Sorgen über meine Vergesslichkeit oder Konzentration?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 29. Beeinträchtigen Gedächtnisprobleme meine Arbeit oder meine Beziehungen?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 30. Habe ich Angst vor weiterer Verschlechterung meiner geistigen Fähigkeiten?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
- 31. Wurden mir als Kind oft Aufgaben zugeteilt, die mich überforderten?

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|