



Wovon ist mein Wohlbefinden abhängig?

- ❖ Überlege dir, welche Tätigkeiten, Gewohnheiten und Situationen du brauchst, damit es dir wohl ist.
- ❖ Bringe bei jeder Linie ein **X** (siehe das Beispiel unten).
- ❖ In der dritten Spalte kannst du anschliessend beurteilen, ob das entsprechende Verhalten oder die Gewohnheit zu einem Problem werden könnte.



	Bedeutet mir gar nichts	Brauch ich unbedingt	Problematisch?	
			ja	nein
Musik hören	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagebuch schreiben	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shopping	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chatten	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zigaretten rauchen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport treiben	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgehen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heftli lesen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Gewicht kontrollieren	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich waschen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel nehmen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich schminken	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bodybuilding machen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cola trinken	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joint rauchen/Kiffen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streiten	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet surfen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shisha rauchen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doping nehmen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SMS schreiben	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain nehmen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glücksspiele (z.B. Poker)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol trinken	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gamen (PC, PS, etc.)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufräumen/putzen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikinstrument spielen	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süssigkeiten	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

