




„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	Brauche ich unbedingt	Problematisch?	
	-----X-----		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"/>

