

Erkenne Deinen Zustand

Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf die Herausforderungen des Alltags. Im Laufe des Lebens entwickeln wir persönliche Muster, die Hinweise auf Überlastung sein können. Diese Checkliste hilft Dir, Signale Deines Körpers, Deines Verhaltens, Deiner Gedanken und Deiner Gefühle bewusster wahrzunehmen.

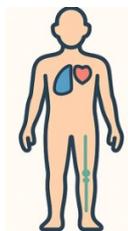
Bitte beantworte die Aussagen ehrlich und spontan anhand dieser Skala:

0 = nie · 1 = gelegentlich · 2 = öfter · 3 = immer

Zusätzlich schätzt Du vor jedem Abschnitt Deinen ganz aktuellen Zustand auf einer Skala von **1 (sehr schlecht) bis 10 (alles in bester Ordnung)** ein.

Du vergleichst Dich nur mit Dir selbst. Es gibt kein Richtig oder Falsch.

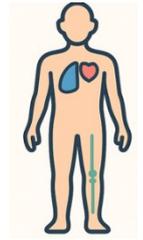
Lerne im ersten Schritt auf Dich und Deinen Körper zu hören. Die nächsten Schritte machen wir dann gemeinsam.



Deine Körperebene

Wie fühlst Du Dich körperlich gerade?

1 = sehr schlecht · 10 = alles in bester Ordnung: _____



Bitte bewerte folgende Anzeichen 0 = nie · 1 = gelegentlich · 2 = öfter · 3 = immer

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit oder Heißhunger | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Häufige Infekte oder Erkältungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kieferspannung / Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Ständige Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Nacken- oder Rückenverspannungen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Verschwommenes Sehen |
| <input type="checkbox"/> Magen- oder Verdauungsbeschwerden | |
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme (Ein- / Durchschlafen) | |
| <input type="checkbox"/> Kein Erholungseffekt nach dem Schlaf | |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Frieren oder Schwitzen | |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufprobleme (z. B. Schwindel, Herzklopfen) | |
| <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck oder Puls | |

Weitere selbst beobachtete Signale:

Deine Verhaltensebene



Wie stimmig fühlt sich Dein Verhalten aktuell an?

1 = sehr belastend · 10 = alles in bester Ordnung: _____

Bitte bewerte folgende Verhaltensmuster **0 = nie** · **1 = gelegentlich** · **2 = öfter** · **3 = immer**

Viele Aufgaben gleichzeitig angehen, fehlende Prioritäten

Augenkontakt vermeiden

Dinge nicht zu Ende bringen

Innere Unruhe, Hyperaktivität

Konzentrationsmangel, Flüchtigkeitsfehler

Schlechter zuhören können

Hoher Redebedarf mit Fokus auf Probleme

Übertriebene Freundlichkeit oder Abgrenzung

Meiden intensiver Gespräche

Bedürfnisse nicht äußern

Weitere selbst beobachtete Verhaltensänderungen:

Deine Geistesebene



Wie klar ist Dein Geist momentan?

1 = sehr belastet · 10 = alles in bester Ordnung: _____

Bitte bewerte folgende geistige Zustände **0 = nie** · **1 = gelegentlich** · **2 = öfter** · **3 = immer**

- Denkblockaden, Wortfindungsstörungen
- Entscheidungsschwierigkeiten
- Angst vor Veränderungen, Festhalten am Alten
- Unveränderte Denkmuster trotz neuer Situationen
- Geistige Müdigkeit
- Grübeln ohne Ergebnis, Gedankenkarussell
- Konzentrationsprobleme
- Schwierigkeiten beim Lesen / Verstehen
- Häufige Missverständnisse
- Schnelles Verzetteln
- Vergesslichkeit
- Leichte Verunsicherung

Weitere selbst beobachtete kognitive Veränderungen:

Deine Emotionsebene



Wie ausgeglichen fühlst Du Dich emotional? (1 = stark belastet · 10 = alles in bester Ordnung): _____

Bitte bewerte folgende emotionale Reaktionen **0 = nie** · **1 = gelegentlich** · **2 = öfter** · **3 = immer**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ablehnung | <input type="checkbox"/> Alpträume |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Apathie |
| <input type="checkbox"/> Schnell beleidigt sein | <input type="checkbox"/> Schnell reizbar |
| <input type="checkbox"/> Übertriebene Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Impulsivität |
| <input type="checkbox"/> Kindliches Verhalten | <input type="checkbox"/> Launenhaftigkeit |
| <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit | <input type="checkbox"/> Mangelndes Vertrauen |
| <input type="checkbox"/> Rücksichtslosigkeit | <input type="checkbox"/> Neidgefühle |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> Starke Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Gefühl der Überforderung |
| <input type="checkbox"/> Widerstand gegen Veränderungen | |

Weitere selbst beobachtete emotionale Empfindungen:

Weitere Gedanken, Themen und Empfindungen
