|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bitte geben Sie nachstehend an, welche Aussagen Ihre Situation **HEUTE** am besten wiedergeben. Kreuzen Sie hierfür bei jedem der sieben Themen **EIN** Kästchen an. | | |
|  | |  |
| **SELBSTBILD** | |  |
| Ich denke sehr positiv über mich selbst | | **☐** |
| Ich denke positiv über mich selbst | | **☐** |
| Ich denke negativ über mich selbst | | **☐** |
| Ich denke sehr negativ über mich selbst | | **☐** |
|  | |  |
| **UNABHÄNGIGKEIT** *Beispielsweise: Entscheidungsfreiheit, Finanzen, Mitsprache bei Entscheidungen.* | |  |
| Ich bin sehr zufrieden über den Grad meiner Unabhängigkeit | | **☐** |
| Ich bin zufrieden über den Grad meiner Unabhängigkeit | | **☐** |
| Ich bin unzufrieden über den Grad meiner Unabhängigkeit | | **☐** |
| Ich bin sehr unzufrieden über den Grad meiner Unabhängigkeit | | **☐** |
|  | |  |
| **STIMMUNG** | |  |
| Ich fühle mich nicht ängstlich, pessimistisch oder depressiv | | **☐** |
| Ich fühle mich ein bisschen ängstlich, pessimistisch oder depressiv | | **☐** |
| Ich fühle mich ängstlich, pessimistisch oder depressiv | | **☐** |
| Ich fühle mich sehr ängstlich, pessimistisch oder depressiv | | **☐** |
|  | |  |
| **BEZIEHUNGEN** *Beispielsweise: Partner, Kinder, Familie, Freunde* | |  |
| Ich bin sehr zufrieden mit meinen Beziehungen | | **☐** |
| Ich bin zufrieden mit meinen Beziehungen | | **☐** |
| Ich bin unzufrieden mit meinen Beziehungen | | **☐** |
| Ich bin sehr unzufrieden mit meinen Beziehungen | | **☐** |
|  | |  |
| **TÄGLICHE AKTIVITÄTEN** *Beispielsweise: Arbeit, Studium/Schule, Haushalt, Freizeitaktivitäten* | |  |
| Ich bin sehr zufrieden mit meinen täglichen Aktivitäten | | **☐** |
| Ich bin zufrieden mit meinen täglichen Aktivitäten | | **☐** |
| Ich bin unzufrieden mit meinen täglichen Aktivitäten | | **☐** |
| Ich bin sehr unzufrieden mit meinen täglichen Aktivitäten | | **☐** |
| **KÖRPERLICHE GESUNDHEIT** | |  |
| Ich habe keine Probleme mit meiner körperlichen Gesundheit | | **☐** |
| Ich habe ein paar Probleme mit meiner körperlichen Gesundheit | | **☐** |
| Ich habe viele Probleme mit meiner körperlichen Gesundheit | | **☐** |
| Ich habe sehr viele Probleme mit meiner körperlichen Gesundheit | | **☐** |
|  | |  |
| **ZUKUNFT** | |  |
| Ich sehe meine Zukunft sehr positiv | | **☐** |
| Ich sehe meine Zukunft positiv | | **☐** |
| Ich sehe meine Zukunft negativ | | **☐** |
| Ich sehe meine Zukunft sehr negativ | | **☐** |
|  | |  |
|  | |  |
| **PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN** | | |
| Geben Sie auf der folgenden Skala mit einem X an, wie Sie Ihr psychisches Wohlbefinden beurteilen. Eine 0 steht für das schlechteste psychische Wohlbefinden, das Sie sich vorstellen können; 10 steht für das beste psychische Wohlbefinden, das Sie sich vorstellen können. | | |
|  | | |
| Schlechtestes vorstellbares  psychisches Wohlbefinden | Bestes vorstellbares  psychisches Wohlbefinden | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | |