

# Stress - Test:

	Ja	Teilweise	Nein
1. Sind Sie mit Ihrer jetzigen Situation zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Regen Sie sich leicht auf, selbst bei Kleinigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Sie immer in Zeitdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Sie eifersüchtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verlieren Sie leicht die Geduld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Werden Sie nervös, wenn jemand langsam spricht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind Sie empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fühlen Sie sich in Gegenwart von Vorgesetzten eher unsicher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Machen Sie sich oft Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nehmen Sie alles sehr genau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Meinen Sie alles selbst machen zu müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wollen Sie beruflich noch mehr erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie manchmal Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ist Ihre Gesundheit öfter angeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie unter Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie öfter Kopfweg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fühlen Sie sich sehr schnell überlastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ist Ihr Ruhepuls über 85?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Liegt Ihr Körpergewicht deutlich über dem Ideal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sind Sie geräuschempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Schieben Sie Entscheidungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# *Streß - Test:*

## Auswertungshilfe

---

Ja	2 Punkte
Teilweise	1
Nie	0

---

**0 - 6 Punkte:** Streßrestistent

**7- 12 Punkte:** Gelegentlich leiden Sie unter Streß

**13 - 18 Punkte:** Sie sollten gegen die unnötigen Streßauslöser etwas unternehmen

**19 - 26 Punkte:** Sie sollten sofort mit einem Streßbewältigungsprogramm beginnen

**über 26 Punkte:** Sie leiden stark unter Streß, ein Streßbewältigungsprogramm ist unaufschiebbar