

## Demographische Daten

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Pilotstudie zu Mindful2Work Online. Hiermit leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Forschung und Verbesserung von Interventionen zur Stressreduktion.

In der Umfrage werden Sie Fragen zu Ihrer Arbeitssituation, Arbeitsfähigkeit und psychischer Verfassung beantworten.

Falls Sie Fragen oder Anmerkungen haben, melden Sie sich gerne per Email.

[annick.sauer@student.uva.nl](mailto:annick.sauer@student.uva.nl)

Geschlecht

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ andere

Geburtsjahr (jjjj)

Welche Position haben Sie im Unternehmen?

- ☐ indirekter Bereich
- ☐ direkter Bereich – Schichtarbeit
- ☐ direkter Bereich – keine Schichtarbeit
- ☐ Führungsebene

In welchem Bereich sind Sie tätig?

- ☐ IT
- ☐ Forschung und Entwicklung
- ☐ E-Mobilität
- ☐ Kommunikation
- ☐ Integrität und Recht
- ☐ Personal
- ☐ Qualitätsicherung
- ☐ Baureihen
- ☐ Beschaffung
- ☐ Logistik und Produktion
- ☐ Vertrieb und Marketing
- ☐ Controlling und Finanzen
- ☐ andere:

Haben Sie bereits an einem Achtsamkeitskurs teilgenommen?

☐ Ja

☐ Nein

War dieser Achtsamkeitskurs **innerhalb der letzten sechs Monate**?

☐ Ja

☐ Nein

Wie viele Stunden **pro Woche** haben Sie **innerhalb der letzten zwei Wochen** Achtsamkeits- oder Meditationsübungen gemacht? (Wenn gar nicht geben Sie bitte 0 an)

Wie viele Stunden **pro Woche** haben Sie **innerhalb der letzten zwei Wochen** Yoga gemacht? (Wenn gar nicht geben Sie bitte 0 an)

--

Auf dieser Seite finden Sie 20 Aussagen, anhand derer wir in Erfahrung bringen wollen, wie Sie sich **während der letzten 2 Wochen** gefühlt haben.

Wenn Sie denken, dass diese Aussage überhaupt nicht zutrifft, klicken Sie das linke Kästchen an.

[illegible]

Ich fühle mich körperlich erschöpft.							
Ich habe Lust, viele schöne Dinge zu tun.							
Ich fühle mich in Form.							
Ich glaube, ich mache viel im Laufe eines Tages.							
Wenn ich etwas tue, bin ich in Gedanken bei der Sache.							
Ich fühle mich kraftlos.							
Ich glaube, ich mache wenig im Laufe eines Tages.							
Es fällt mir leicht, mich zu konzentrieren.							
Ich bin ausgeruht.							
Es strengt mich an, mich auf etwas zu konzentrieren.							
Ich fühle mich körperlich in schlechter Verfassung.							
Ich habe viele Pläne.							
Ich ermüde schnell.							
Ich bekomme wenig geregelt.							
Ich habe keine Lust, irgendetwas zu tun.							
Meine Gedanken schweifen leicht ab.							
Ich fühle mich körperlich in ausgezeichneter Verfassung.							

## WAI

Sind sie bei Ihrer Arbeit....

- ☐ vorwiegend geistig tätig?
- ☐ vorwiegend körperlich tätig?
- ☐ etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **körperlichen** Arbeitsanforderungen ein?

sehr schlecht    eher schlecht    mittelmäßig    eher gut    sehr gut

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die **psychischen** Arbeitsanforderungen ein?

sehr schlecht    eher schlecht    mittelmäßig    eher gut    sehr gut

## Fragen zu Ihrem Befinden **in der letzten Woche**

Bitte lesen Sie jede Aussage und klicken an, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf Sie zu traf. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.

	traf gar nicht auf mich zu oder nie	traf bis zu einem gewissen Maß auf mich zu oder manchmal	traf in beträchtlichem Maß auf mich zu oder ziemlich oft	traf sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit
Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Atemprobleme (z.B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich zitterte (z.B. an den Händen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik gerate und mich lächerlich machen könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich hatte das Gefühl,  
dass ich mich auf nichts  
mehr freuen konnte.

☐☐☐☐

Ich fühlte mich  
niedergeschlagen und  
traurig.

☐☐☐☐

Ich fühlte mich einer  
Panik nahe.

☐☐☐☐

Ich war nicht in der Lage,  
mich für irgendetwas zu  
begeistern.

☐☐☐☐

Ich fühle mich als Person  
nicht viel wert.

☐☐☐☐

Ich habe meinen  
Herzschlag gespürt,  
ohne dass ich mich  
körperlich angestrengt  
hatte (z.B. Gefühl von  
Herzrasen oder  
Herzstolpern).

☐☐☐☐

Ich fühlte mich grundlos  
ängstlich.

☐☐☐☐

Ich empfand das Leben  
als sinnlos.

☐☐☐☐

## PSS

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Ihren Gedanken und Gefühlen **während des letzten Monats**. Bitte geben Sie für jede Frage an, wie oft Sie in entsprechender Art und Weise gedacht oder gefühlt haben.

nie

fast nie

manchmal

ziemlich oft

sehr oft



Wie oft waren Sie im letzten Monat aufgewühlt, weil etwas unerwartet passiert ist?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, nicht in der Lage zu sein, die wichtigen Dinge in Ihrem Leben kontrollieren zu können?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie oft haben Sie sich im letzten Monat gestresst oder nervös gefühlt?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie oft waren Sie im letzten Monat zuversichtlich, dass Sie fähig sind, Ihre persönlichen Probleme zu bewältigen?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge zu Ihren Gunsten entwickeln?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie oft hatten Sie im letzten Monat den Eindruck, nicht all Ihre anstehenden Aufgaben gewachsen zu sein?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie oft waren Sie im letzten Monat in der Lage, ärgerliche Situationen in Ihrem Leben zu beeinflussen?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wie oft haben Sie sich  
im letzten Monat über  
Dinge geärgert, über die  
Sie keine Kontrolle  
hatten?

Wie oft hatten Sie im  
letzten Monat das  
Gefühl, dass sich so viele  
Schwierigkeiten  
angehäuft haben, dass  
Sie diese nicht  
überwinden konnten?

☐☐☐☐☐

## 4 DSQ Somatisierung

Die folgende Liste bezieht sich auf verschiedene Beschwerden und Ereignisse, die Sie möglicherweise gehabt haben. Es geht dabei solche Beschwerden und Ereignisse, die Sie **letzte Woche (also in den letzten 7 Tagen inklusive heute)** hatten.

Beschwerden, die Sie vor der letzten Woche hatten, aber in dieser Woche nicht mehr, zählen also nicht. Bitte geben Sie an, wie oft Sie die Beschwerden innerhalb der letzten Woche hatten, indem Sie das zutreffende Kästchen anklicken, das für Sie die am besten passende Antwort ist.

Hatten Sie letzte Woche Beschwerden wie:

nein

ab und zu

regelmäßig

oft

sehr oft oder  
andauernd

Schwindelgefühle?

☐☐☐☐☐

schmerzhafte Muskeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nackenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
übermäßiges Schwitzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blähungen im Bauch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehtrübungen oder Flecken vor den Augen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit oder Magenverstimmung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen im Bauch oder Magengegend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kribbeln in den Fingern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
drückendes oder beklemmendes Gefühl in der Brust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in der Brust?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## FFMQ-SF

Bitte schätzen Sie jede der folgenden Aussagen anhand der vorgegeben Skala ein. Klicken Sie an, wie stark die Aussage nach Ihrer Meinung **im Allgemeinen** auf Sie zutrifft.

Nie oder sehr

sehr oft oder

	selten zutreffend	selten zutreffend	manchmal zutreffend	oft zutreffend	immer zutreffend
Ich kann meine Gedanken gut in Worte fassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir fällt es leicht, meine Überzeugungen, Meinungen und Erwartungen in Worte zu fassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich sage mir, dass ich nicht das fühlen sollte, was ich fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, das was ich denke, in Worte zu fassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich achte auf Empfindungen, wie zum Beispiel Wind in meinem Haar oder Sonnenschein auf meinem Gesicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich urteile darüber, ob meine Gedanken gut oder schlecht sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde es schwierig, auf das konzentriert zu bleiben, was im gegenwärtigen Augenblick passiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, kann ich von diesen Abstand nehmen und bin mir der Gedanken oder Vorstellungen bewusst, ohne dass ich von ihnen überwältigt werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich achte auf  
Geräusche, wie  
beispielsweise das  
Ticken von Uhren,  
Vogelzwitschern oder  
das Geräusch vorbei  
fahrender Autos.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Körperliche  
Empfindungen sind für  
mich schwer zu  
beschreiben, weil mir die  
richtigen Worte fehlen.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Es sieht aus, als würde  
ich „automatisch  
funktionieren“, ohne viel  
Bewusstsein für das,  
was ich tue.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wenn ich belastende  
Gedanken oder  
Vorstellungen habe,  
beruhige ich mich kurz  
danach wieder.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ich sage mir, dass ich  
nicht so denken sollte,  
wie ich denke.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ich nehme Gerüche und  
Düfte der Dinge wahr.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Sogar wenn ich  
schrecklich verärgert  
bin, kann ich das in  
Worte fassen.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ich hetze durch  
Aktivitäten, ohne wirklich  
aufmerksam für sie zu  
sein.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wenn ich belastende  
Gedanken oder  
Vorstellungen habe,  
kann ich sie einfach nur  
wahrnehmen, ohne auf  
sie zu reagieren.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ich denke, dass manche meiner Gefühle schlecht oder unangebracht sind, und dass ich sie nicht haben sollte.

☐☐☐☐☐

Ich bemerke visuelle Elemente sowohl in der Kunst als auch in der Natur, zum Beispiel Farben, Formen, Strukturen oder Muster aus Licht und Schatten.

☐☐☐☐☐

Wenn ich belastende Gedanken oder Vorstellungen habe, registriere ich sie nur und lasse sie wieder ziehen.

☐☐☐☐☐

Ich erledige Aufträge oder Aufgaben automatisch, ohne mir bewusst zu sein, was ich tue.

☐☐☐☐☐

Ich merke, wie ich Dinge tue, ohne auf sie zu achten.

☐☐☐☐☐

Ich missbillige mich, wenn ich unvernünftige Ideen habe.

☐☐☐☐☐

## SCS-SF

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch, bevor Sie antworten. Klicken Sie bei jeder Aussage an, **wie oft** Sie sich in der beschriebenen Art und Weise verhalten

sehr selten

selten

gelegentlich

oft

sehr oft

Wenn ich bei etwas versage, was mir wichtig ist, werde ich von Gefühlen der Unzulänglichkeit aufgezehrt.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ich versuche verständnisvoll und geduldig gegenüber jenen Zügen meiner Persönlichkeit zu sein, die ich nicht mag.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wenn etwas Unangenehmes passiert, versuche ich einen ausgewogenen Überblick über die Situation zu erlangen.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wenn es mir schlecht geht, neige ich dazu zu glauben, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Ich versuche, meine Fehler als Teil der menschlichen Natur zu sehen.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wenn ich eine sehr schwere Zeit durchmache, schenke ich mir selbst die Zuwendung und Einfühlsamkeit, die ich brauche.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wenn mich etwas aufregt, versuche ich meine Gefühle im Gleichgewicht zu halten.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Wenn mir etwas für  
mich Wichtiges  
misslingt, glaube ich oft,  
dass nur ich allein  
versage.

☐☐☐☐☐

Wenn ich mich  
niedergeschlagen fühle,  
neige ich dazu nur noch  
auf das zu achten, was  
nicht in Ordnung ist.

☐☐☐☐☐

Wenn ich mich auf  
irgendeine Art  
unzulänglich fühle,  
versuche ich mich daran  
zu erinnern, dass die  
meisten Leute solche  
Gefühle der  
Unzulänglichkeit haben.

☐☐☐☐☐

Ich missbillige und  
verurteile meine eigenen  
Fehler und Schwächen.

☐☐☐☐☐

Ich bin intolerant und  
unduldsam gegenüber  
denjenigen Seiten  
meiner Persönlichkeit,  
die ich nicht mag.

☐☐☐☐☐

## PSQI

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen  
Schlafgewohnheiten und zwar nur **während der letzten vier  
Wochen**. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich  
auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier  
Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.



Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich  
abends zu Bett gegangen?

Übliche Uhrzeit (hh:mm in 24-Stunden-Zählung)

Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich  
gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?

In Minuten:

Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich  
morgens aufgestanden?

Übliche Uhrzeit (hh:mm in 24-Stunden-Zählung)

Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen? (Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)

Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht:

Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...

	Während der letzten vier Wochen gar nicht	Weniger als einmal pro Woche	Einmal oder zweimal pro Woche	Dreimal oder häufiger pro Woche
... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... weil Ihnen zu kalt war?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... weil Ihnen zu warm war?

☐☐☐☐

... weil Sie schlecht geträumt hatten?

☐☐☐☐

... weil Sie Schmerzen hatten?

☐☐☐☐

... aus anderen Gründen?

☐☐☐☐

Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?

Sehr schlecht

☐

Ziemlich schlecht

☐

Ziemlich gut

☐

Sehr gut

☐

Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschrieben oder frei verkäufliche)?

☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht

☐ Weniger als einmal pro Woche

☐ Einmal oder zweimal pro Woche

☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

Wie oft hatten Sie während der letzten vier Woche Probleme wachzubleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?

- ☐ Während der letzten vier Wochen gar nicht
- ☐ Weniger als einmal pro Woche
- ☐ Einmal oder zweimal pro Woche
- ☐ Dreimal oder häufiger pro Woche

Hatten Sie während der letzten vier Wochen Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?

☐ Keine Probleme

☐ Kaum Probleme

☐ Etwas Probleme

☐ Große Probleme

## Corona

Im Folgenden werden Sie Fragen beantworten zur momentanen COVID-19 Pandemie und wie diese Ihre Lebens- und Arbeitssituation beeinflusst.

Wie ist Ihre aktuelle Arbeitssituation?

- ☐ Kurzarbeit
- ☐ mobiles Arbeiten
- ☐ regulär
- ☐  andere:

Sind Sie es gewohnt mobil zu arbeiten?

nein

eher nein

weder noch

eher ja

ja

Empfinden Sie ihre momentane Lebens- und Arbeitssituation belastender als üblich?

nein

eher nein

weder noch

eher ja

ja

Inwiefern?

Inwiefern treffen folgende Aussagen derzeit auf Sie zu?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	neutral	trifft zu	trifft vollkommen zu
Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin ruhig und gelassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir um meine Gesundheit Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich mache mir um die Gesundheit meiner Familienmitglieder Sorgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich angespannt, wenn ich daran denke mein Haus zu verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir Sorgen um meine Arbeitsplatzsicherheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Block 10**

Haben Sie noch weitere Anmerkungen?