

Stresstagebuch – 4 Wochen

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Stresstagebuch Hilfestellung

Füllen Sie nur die Fragebögen und Fragen aus, die für Ihre Situation hilfreich und zutreffend sind.

Fragebogen „Verlauf“

Woche 1 und Woche 2 **Seite 3**

Woche 3 und Woche 4 **Seite 4**

Notieren Sie in diesem Fragebogen, wie es Ihnen täglich oder an bestimmten Tagen geht.

Fragebogen „Umfeld“

Woche 1 **Seite 5**

Woche 2 **Seite 6**

Woche 3 **Seite 7**

Woche 4 **Seite 8**

Notieren Sie einmal in der Woche die Situation in Ihrem Umfeld – am Besten zum Beispiel jeweils an einem Montag oder z.B. Sonntag.

Fragebogen „Wahrnehmung“

Woche 1 **Seite 9**

Woche 2 **Seite 10**

Woche 3 **Seite 11**

Woche 4 **Seite 12**

Notieren Sie einmal in der Woche Ihre Stresswahrnehmung – am Besten zum Beispiel jeweils an einem Montag oder z.B. Sonntag.

Fragebogen „Ursachen“

Woche 1 **Seite 13**

Woche 2 **Seite 14**

Woche 3 **Seite 15**

Woche 4 **Seite 16**

Notieren Sie einmal in der Woche für Sie in Frage kommende Stress-Ursachen – am Besten zum Beispiel jeweils an einem Montag oder z.B. Sonntag.

Stresstagebuch – 4 Wochen

Fragebogen „Umgang“

Woche 1	Seite 17
Woche 2	Seite 18
Woche 3	Seite 19
Woche 4	Seite 20

Notieren Sie einmal in der Woche wie Sie mit Ihrem Stress umgehen – am Besten zum Beispiel jeweils an einem Montag oder z.B. Sonntag.

Fragebogen „Hilfe“

Woche 1	Seite 21
Woche 2	Seite 22
Woche 3	Seite 23
Woche 4	Seite 24

Notieren Sie einmal in der Woche was bei Ihnen im Umgang mit Stress hilfreich war – am Besten zum Beispiel jeweils an einem Montag oder z.B. Sonntag.

Fragebogen „Schlaf“

Woche 1	Seite 25
Woche 2	Seite 26
Woche 3	Seite 27
Woche 4	Seite 28

Notieren Sie in diesem Fragebogen, wie Sie täglich oder nächtlich schlafen.

Fragebögen nachdrucken oder zusätzlich hinzufügen.

Auf www.stresstagebuch.de können Sie sich jederzeit kostenlos und anonym einzelne Fragebögen herunterladen/nachdrucken und hinzufügen.

Nehmen Sie sich Zeit in Ruhe die Fragen für sich beantworten. Entwickeln Sie Bewusstsein für Ihre Situation. Fragen im Rahmen einer Therapie besprechen, Ihrer Patientenakte hinzufügen oder Erkenntnisse für sich selbst dokumentieren.

Sie können die Fragebögen auf einem nur für Sie zugänglichen Medien-Gerät/Verzeichnis herunterladen. So können Sie sicher und auch anonym Ihr Stresstagebuch digital verwalten oder auch analog ausdrucken und handschriftlich führen.

Stresstagebuch – Verlauf

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt vom: Bis zum:

Wie geht es Ihnen heute?

| | Datum/Tag |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="text"/> |
| ... sehr gut | <input type="radio"/> |
| ... gut | <input type="radio"/> |
| ... normal | <input type="radio"/> |
| ... nicht so gut | <input type="radio"/> |
| ... eher schlecht | <input type="radio"/> |
| ... keine Angabe | <input type="radio"/> |

| | Datum/Tag |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="text"/> |
| ... sehr gut | <input type="radio"/> |
| ... gut | <input type="radio"/> |
| ... normal | <input type="radio"/> |
| ... nicht so gut | <input type="radio"/> |
| ... eher schlecht | <input type="radio"/> |
| ... keine Angabe | <input type="radio"/> |

Stresstagebuch – Verlauf

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt vom: Bis zum:

Wie geht es Ihnen heute?

| | Datum/Tag |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="text"/> |
| ... sehr gut | <input type="radio"/> |
| ... gut | <input type="radio"/> |
| ... normal | <input type="radio"/> |
| ... nicht so gut | <input type="radio"/> |
| ... eher schlecht | <input type="radio"/> |
| ... keine Angabe | <input type="radio"/> |

| | Datum/Tag |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="text"/> |
| ... sehr gut | <input type="radio"/> |
| ... gut | <input type="radio"/> |
| ... normal | <input type="radio"/> |
| ... nicht so gut | <input type="radio"/> |
| ... eher schlecht | <input type="radio"/> |
| ... keine Angabe | <input type="radio"/> |

Stresstagebuch – Umfeld

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Wie häufig nehmen Sie Stress in Ihrem Umfeld/Alltag wahr?

	Bei mir	Partner	Familie	Freunde	Arbeit	Schule	Ausbildung
Stichwort:	<input type="text"/>						
... andauernd	<input type="radio"/>						
... häufig	<input type="radio"/>						
... oft	<input type="radio"/>						
... manchmal	<input type="radio"/>						
... selten	<input type="radio"/>						
... gar nicht	<input type="radio"/>						

	Studium	Aufgaben	Freizeit	Finanzen	Fernsehen	Internet	Social-Media
Stichwort:	<input type="text"/>						
... andauernd	<input type="radio"/>						
... häufig	<input type="radio"/>						
... oft	<input type="radio"/>						
... manchmal	<input type="radio"/>						
... selten	<input type="radio"/>						
... gar nicht	<input type="radio"/>						

Stresstagebuch – Umfeld

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Wie häufig nehmen Sie Stress in Ihrem Umfeld/Alltag wahr?

	Bei mir	Partner	Familie	Freunde	Arbeit	Schule	Ausbildung
Stichwort:	<input type="text"/>						
... andauernd	<input type="radio"/>						
... häufig	<input type="radio"/>						
... oft	<input type="radio"/>						
... manchmal	<input type="radio"/>						
... selten	<input type="radio"/>						
... gar nicht	<input type="radio"/>						

	Studium	Aufgaben	Freizeit	Finanzen	Fernsehen	Internet	Social-Media
Stichwort:	<input type="text"/>						
... andauernd	<input type="radio"/>						
... häufig	<input type="radio"/>						
... oft	<input type="radio"/>						
... manchmal	<input type="radio"/>						
... selten	<input type="radio"/>						
... gar nicht	<input type="radio"/>						

Stresstagebuch – Umfeld

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Wie häufig nehmen Sie Stress in Ihrem Umfeld/Alltag wahr?

	Bei mir	Partner	Familie	Freunde	Arbeit	Schule	Ausbildung
Stichwort:	<input type="text"/>						
... andauernd	<input type="radio"/>						
... häufig	<input type="radio"/>						
... oft	<input type="radio"/>						
... manchmal	<input type="radio"/>						
... selten	<input type="radio"/>						
... gar nicht	<input type="radio"/>						

	Studium	Aufgaben	Freizeit	Finanzen	Fernsehen	Internet	Social-Media
Stichwort:	<input type="text"/>						
... andauernd	<input type="radio"/>						
... häufig	<input type="radio"/>						
... oft	<input type="radio"/>						
... manchmal	<input type="radio"/>						
... selten	<input type="radio"/>						
... gar nicht	<input type="radio"/>						

Stresstagebuch – Umfeld

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Wie häufig nehmen Sie Stress in Ihrem Umfeld/Alltag wahr?

	Bei mir	Partner	Familie	Freunde	Arbeit	Schule	Ausbildung
Stichwort:	<input type="text"/>						
... andauernd	<input type="radio"/>						
... häufig	<input type="radio"/>						
... oft	<input type="radio"/>						
... manchmal	<input type="radio"/>						
... selten	<input type="radio"/>						
... gar nicht	<input type="radio"/>						

	Studium	Aufgaben	Freizeit	Finanzen	Fernsehen	Internet	Social-Media
Stichwort:	<input type="text"/>						
... andauernd	<input type="radio"/>						
... häufig	<input type="radio"/>						
... oft	<input type="radio"/>						
... manchmal	<input type="radio"/>						
... selten	<input type="radio"/>						
... gar nicht	<input type="radio"/>						

Stresstagebuch – Wahrnehmung

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stresswahrnehmung

Welche Anzeichen nehmen Sie momentan wahr?

	Nicht zutreffend	Intensität: Schwach → Stark
Erschöpfung mental <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschöpfung körperlich <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergesslichkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationschwierigkeiten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überforderung bei Aufgaben <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme Termine einzuhalten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verspannungen, Schmerzen in Muskeln/Knochen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Missempfindungen in Nerven, Organen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatologische Auffälligkeiten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressionen oder wiederkehrende schlechte Stimmungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angstzustände oder Befürchtungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne, Kopfschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivationsminderung, Antriebslosigkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gereiztheit, Nervosität <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hektik, Gefühl innerer Unruhe <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abhängigkeit oder Suchtsteigerung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen beim Einschlafen oder Durchschlafen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darmbeschwerden, Übelkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitlosigkeit, Genussminderung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrensausen / Geräusche <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheitsgefühl/Schwerhörigkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindelgefühl <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleichgewichtsstörungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Beschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit, Atembeschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffällige Atemaussetzer <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufige Erkältungen oder andere Infektionserkrankungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstärkung Chronischer Beschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="text"/>	
Sonstige <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="text"/>	

Stresstagebuch – Wahrnehmung

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stresswahrnehmung

Welche Anzeichen nehmen Sie momentan wahr?

	Nicht zutreffend	Intensität: Schwach → Stark
Erschöpfung mental <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschöpfung körperlich <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergesslichkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationschwierigkeiten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überforderung bei Aufgaben <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme Termine einzuhalten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verspannungen, Schmerzen in Muskeln/Knochen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Missempfindungen in Nerven, Organen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatologische Auffälligkeiten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressionen oder wiederkehrende schlechte Stimmungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angustzustände oder Befürchtungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne, Kopfschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivationsminderung, Antriebslosigkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gereiztheit, Nervosität <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hektik, Gefühl innerer Unruhe <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abhängigkeit oder Suchtsteigerung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen beim Einschlafen oder Durchschlafen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darmbeschwerden, Übelkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitlosigkeit, Genussminderung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrensausen / Geräusche <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheitsgefühl/Schwerhörigkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindelgefühl <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleichgewichtsstörungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Beschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit, Atembeschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffällige Atemaussetzer <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufige Erkältungen oder andere Infektionserkrankungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstärkung Chronischer Beschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="text"/>	
Sonstige <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="text"/>	

Stresstagebuch – Wahrnehmung

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stresswahrnehmung

Welche Anzeichen nehmen Sie momentan wahr?

	Nicht zutreffend	Intensität: Schwach → Stark
Erschöpfung mental <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschöpfung körperlich <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergesslichkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationschwierigkeiten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überforderung bei Aufgaben <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme Termine einzuhalten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verspannungen, Schmerzen in Muskeln/Knochen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Missempfindungen in Nerven, Organen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatologische Auffälligkeiten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressionen oder wiederkehrende schlechte Stimmungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angustzustände oder Befürchtungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne, Kopfschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivationsminderung, Antriebslosigkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gereiztheit, Nervosität <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hektik, Gefühl innerer Unruhe <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abhängigkeit oder Suchtsteigerung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen beim Einschlafen oder Durchschlafen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darmbeschwerden, Übelkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitlosigkeit, Genussminderung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrensausen / Geräusche <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheitsgefühl/Schwerhörigkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindelgefühl <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleichgewichtsstörungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Beschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit, Atembeschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffällige Atemaussetzer <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufige Erkältungen oder andere Infektionserkrankungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstärkung Chronischer Beschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="text"/>	
Sonstige <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="text"/>	

Stresstagebuch – Wahrnehmung

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stresswahrnehmung

Welche Anzeichen nehmen Sie momentan wahr?

	Nicht zutreffend	Intensität: Schwach → Stark
Erschöpfung mental <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschöpfung körperlich <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergesslichkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationschwierigkeiten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überforderung bei Aufgaben <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme Termine einzuhalten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verspannungen, Schmerzen in Muskeln/Knochen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Missempfindungen in Nerven, Organen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dermatologische Auffälligkeiten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressionen oder wiederkehrende schlechte Stimmungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angustzustände oder Befürchtungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne, Kopfschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivationsminderung, Antriebslosigkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gereiztheit, Nervosität <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hektik, Gefühl innerer Unruhe <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abhängigkeit oder Suchtsteigerung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen beim Einschlafen oder Durchschlafen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darmbeschwerden, Übelkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appetitlosigkeit, Genussminderung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohrensausen / Geräusche <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheitsgefühl/Schwerhörigkeit <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindelgefühl <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleichgewichtsstörungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Beschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit, Atembeschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffällige Atemaussetzer <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufige Erkältungen oder andere Infektionserkrankungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstärkung Chronischer Beschwerden <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige <input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige <input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stresstagebuch - Ursachen

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stressursachen

Welche Ursachen oder Probleme ziehen Sie im Moment in Betracht?

Auf einer Skala von 1-7: Wie schätzen Sie folgende Punkte als relevante Ursache ein. 1=weniger relevant bis 7=sehr relevant.

	Nicht zutreffend	Relevant: Weniger	→	Sehr
Erkrankung/Folgeerkrankung ○	○○○○○○○○		
Beziehung/Partnerschaft ○	○○○○○○○○		
Körperliche Entwicklung wie Pubertät, Wechseljahre ○	○○○○○○○○		
Schicksalhafte Erfahrung, Trauma ○	○○○○○○○○		
Ausprägung persönlicher Entwicklung ○	○○○○○○○○		
Eigene Ansprüche erfüllen zu können ○	○○○○○○○○		
Krankheit/Tod/Verlust einer Bezugsperson ○	○○○○○○○○		
Konflikte im Alltag ○	○○○○○○○○		
Konflikte in/im Schule/Studium, Beruf ○	○○○○○○○○		
Konflikte in Partnerschaft ○	○○○○○○○○		
Konflikte in/im Familie-/Freundeskreis ○	○○○○○○○○		
Nutzung von Handy, sozialen Medien, Netzwerken ○	○○○○○○○○		
Gaming, Spielverlangen ○	○○○○○○○○		
Termindruck und Pflichten ○	○○○○○○○○		
Mobilität und Straßenverkehr ○	○○○○○○○○		
Überforderung im Haushalt ○	○○○○○○○○		
Erziehungs- und Betreuungsaufgaben ○	○○○○○○○○		
Finanzielle Aspekte, Existenzängste ○	○○○○○○○○		
Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen ○	○○○○○○○○		
Sonstige <input type="text"/> ○	○○○○○○○○		
Sonstige <input type="text"/> ○	○○○○○○○○		

Anmerkungen – welche Ursachen ziehen Sie im Moment in Betracht?

Stresstagebuch - Ursachen

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stressursachen

Welche Ursachen oder Probleme ziehen Sie im Moment in Betracht?

Auf einer Skala von 1-7: Wie schätzen Sie folgende Punkte als relevante Ursache ein. 1=weniger relevant bis 7=sehr relevant.

	Nicht zutreffend	Relevant: Weniger	→	Sehr
Erkrankung/Folgeerkrankung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beziehung/Partnerschaft <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperliche Entwicklung wie Pubertät, Wechseljahre <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schicksalhafte Erfahrung, Trauma <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausprägung persönlicher Entwicklung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigene Ansprüche erfüllen zu können <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheit/Tod/Verlust einer Bezugsperson <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konflikte im Alltag <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konflikte in/im Schule/Studium, Beruf <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konflikte in Partnerschaft <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konflikte in/im Familie-/Freundeskreis <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutzung von Handy, sozialen Medien, Netzwerken <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gaming, Spielverlangen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Termindruck und Pflichten <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilität und Straßenverkehr <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überforderung im Haushalt <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erziehungs- und Betreuungsaufgaben <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Aspekte, Existenzängste <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige <input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige <input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen – welche Ursachen ziehen Sie im Moment in Betracht?

Stresstagebuch - Ursachen

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stressursachen

Welche Ursachen oder Probleme ziehen Sie im Moment in Betracht?

Auf einer Skala von 1-7: Wie schätzen Sie folgende Punkte als relevante Ursache ein. 1=weniger relevant bis 7=sehr relevant.

	Nicht zutreffend	Relevant: Weniger	→	Sehr
Erkrankung/Folgeerkrankung ○	○○○○○○○○		
Beziehung/Partnerschaft ○	○○○○○○○○		
Körperliche Entwicklung wie Pubertät, Wechseljahre ○	○○○○○○○○		
Schicksalhafte Erfahrung, Trauma ○	○○○○○○○○		
Ausprägung persönlicher Entwicklung ○	○○○○○○○○		
Eigene Ansprüche erfüllen zu können ○	○○○○○○○○		
Krankheit/Tod/Verlust einer Bezugsperson ○	○○○○○○○○		
Konflikte im Alltag ○	○○○○○○○○		
Konflikte in/im Schule/Studium, Beruf ○	○○○○○○○○		
Konflikte in Partnerschaft ○	○○○○○○○○		
Konflikte in/im Familie-/Freundeskreis ○	○○○○○○○○		
Nutzung von Handy, sozialen Medien, Netzwerken ○	○○○○○○○○		
Gaming, Spielverlangen ○	○○○○○○○○		
Termindruck und Pflichten ○	○○○○○○○○		
Mobilität und Straßenverkehr ○	○○○○○○○○		
Überforderung im Haushalt ○	○○○○○○○○		
Erziehungs- und Betreuungsaufgaben ○	○○○○○○○○		
Finanzielle Aspekte, Existenzängste ○	○○○○○○○○		
Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen ○	○○○○○○○○		
Sonstige <input type="text"/> ○	○○○○○○○○		
Sonstige <input type="text"/> ○	○○○○○○○○		

Anmerkungen – welche Ursachen ziehen Sie im Moment in Betracht?

Stresstagebuch - Ursachen

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stressursachen

Welche Ursachen oder Probleme ziehen Sie im Moment in Betracht?

Auf einer Skala von 1-7: Wie schätzen Sie folgende Punkte als relevante Ursache ein. 1=weniger relevant bis 7=sehr relevant.

	Nicht zutreffend	Relevant: Weniger	→	Sehr
Erkrankung/Folgeerkrankung ○	○○○○○○○○		
Beziehung/Partnerschaft ○	○○○○○○○○		
Körperliche Entwicklung wie Pubertät, Wechseljahre ○	○○○○○○○○		
Schicksalhafte Erfahrung, Trauma ○	○○○○○○○○		
Ausprägung persönlicher Entwicklung ○	○○○○○○○○		
Eigene Ansprüche erfüllen zu können ○	○○○○○○○○		
Krankheit/Tod/Verlust einer Bezugsperson ○	○○○○○○○○		
Konflikte im Alltag ○	○○○○○○○○		
Konflikte in/im Schule/Studium, Beruf ○	○○○○○○○○		
Konflikte in Partnerschaft ○	○○○○○○○○		
Konflikte in/im Familie-/Freundeskreis ○	○○○○○○○○		
Nutzung von Handy, sozialen Medien, Netzwerken ○	○○○○○○○○		
Gaming, Spielverlangen ○	○○○○○○○○		
Termindruck und Pflichten ○	○○○○○○○○		
Mobilität und Straßenverkehr ○	○○○○○○○○		
Überforderung im Haushalt ○	○○○○○○○○		
Erziehungs- und Betreuungsaufgaben ○	○○○○○○○○		
Finanzielle Aspekte, Existenzängste ○	○○○○○○○○		
Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen ○	○○○○○○○○		
Sonstige <input type="text"/> ○	○○○○○○○○		
Sonstige <input type="text"/> ○	○○○○○○○○		

Anmerkungen – welche Ursachen ziehen Sie im Moment in Betracht?

Stresstagebuch – Umgang

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stressumgang

Wie gehen Sie in diesem Moment mit dem Stress um?

Auf einer Skala von 1-7: Wie schätzen Sie folgende Punkte bisher als hilfreichen Umgang ein. 1=weniger hilfreich bis 7=sehr hilfreich.

	Keine Angabe	Hilfreich: Weniger	→	Sehr					
Bewältigung durch eigene Strategie <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"/>
Halt in der Familie/Bekanntenkreis <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"/>
Akut-Notfall Intervention <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"/>
Ärztliche, Fachärztliche Behandlung <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"/>
Therapeutische Behandlungen <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"/>
Ambulante oder Stationäre Versorgung <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"/>
Verhaltens- oder Psychologische Therapien <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"/>
Medikamentöse, Pharmazeutische oder Pharmakologische Therapie <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"/>
Digitale Gesundheits- Anwendungen <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"/>
Digitale Pflege-Anwendungen <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"/>
Alternative Behandlung <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"/>
Meditation <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"/>
Akupunktur, TCM oder Alternative Therapien <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"/>
Ernährungsumstellung, Nährstoffanalyse, Allergene Untersuchungen <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"/>
Sonstige	<input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Sonstige	<input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Anmerkungen – wie gehen Sie in diesem mit dem Stress um und war etwas hilfreich?

Stresstagebuch – Umgang

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stressumgang

Wie gehen Sie in diesem Moment mit dem Stress um?

Auf einer Skala von 1-7: Wie schätzen Sie folgende Punkte bisher als hilfreichen Umgang ein. 1=weniger hilfreich bis 7=sehr hilfreich.

	Keine Angabe	Hilfreich: Weniger	→	Sehr					
Bewältigung durch eigene Strategie <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"/>
Halt in der Familie/Bekanntenkreis <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"/>
Akut-Notfall Intervention <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"/>
Ärztliche, Fachärztliche Behandlung <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"/>
Therapeutische Behandlungen <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"/>
Ambulante oder Stationäre Versorgung <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"/>
Verhaltens- oder Psychologische Therapien <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"/>
Medikamentöse, Pharmazeutische oder Pharmakologische Therapie <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"/>
Digitale Gesundheits- Anwendungen <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"/>
Digitale Pflege-Anwendungen <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"/>
Alternative Behandlung <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"/>
Meditation <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"/>
Akupunktur, TCM oder Alternative Therapien <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"/>
Ernährungsumstellung, Nährstoffanalyse, Allergene Untersuchungen <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"/>
Sonstige	<input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Sonstige	<input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Anmerkungen – wie gehen Sie in diesem mit dem Stress um und war etwas hilfreich?

Stresstagebuch – Umgang

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stressumgang

Wie gehen Sie in diesem Moment mit dem Stress um?

Auf einer Skala von 1-7: Wie schätzen Sie folgende Punkte bisher als hilfreichen Umgang ein. 1=weniger hilfreich bis 7=sehr hilfreich.

	Keine Angabe	Hilfreich: Weniger	→	Sehr					
Bewältigung durch eigene Strategie <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"/>
Halt in der Familie/Bekanntenkreis <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"/>
Akut-Notfall Intervention <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"/>
Ärztliche, Fachärztliche Behandlung <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"/>
Therapeutische Behandlungen <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"/>
Ambulante oder Stationäre Versorgung <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"/>
Verhaltens- oder Psychologische Therapien <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"/>
Medikamentöse, Pharmazeutische oder Pharmakologische Therapie <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"/>
Digitale Gesundheits- Anwendungen <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"/>
Digitale Pflege-Anwendungen <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"/>
Alternative Behandlung <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"/>
Meditation <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"/>
Akupunktur, TCM oder Alternative Therapien <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"/>
Ernährungsumstellung, Nährstoffanalyse, Allergene Untersuchungen <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"/>
Sonstige	<input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Sonstige	<input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Anmerkungen – wie gehen Sie in diesem mit dem Stress um und war etwas hilfreich?

Stresstagebuch – Umgang

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Fragebogen Stressumgang

Wie gehen Sie in diesem Moment mit dem Stress um?

Auf einer Skala von 1-7: Wie schätzen Sie folgende Punkte bisher als hilfreichen Umgang ein. 1=weniger hilfreich bis 7=sehr hilfreich.

	Keine Angabe	Hilfreich: Weniger	→	Sehr					
Bewältigung durch eigene Strategie <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Halt in der Familie/Bekanntenkreis <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Akut-Notfall Intervention <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Ärztliche, Fachärztliche Behandlung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Therapeutische Behandlungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Ambulante oder Stationäre Versorgung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Verhaltens- oder Psychologische Therapien <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Medikamentöse, Pharmazeutische oder Pharmakologische Therapie <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Digitale Gesundheits- Anwendungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Digitale Pflege-Anwendungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Alternative Behandlung <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Meditation <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Akupunktur, TCM oder Alternative Therapien <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Ernährungsumstellung, Nährstoffanalyse, Allergene Untersuchungen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Sonstige <input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							
Sonstige <input type="text"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>							

Anmerkungen – wie gehen Sie in diesem mit dem Stress um und war etwas hilfreich?

Stresstagebuch – Hilfe

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Was war bisher hilfreich, wenn Sie Stress hatten?

	Partner	Familie	Freunde	Beruf	Hobby	Aufgaben	Ablenkung
Stichwort:	<input type="text"/>						
... unverzichtbar	<input type="radio"/>						
... sehr hilfreich	<input type="radio"/>						
... oft hilfreich	<input type="radio"/>						
... hilft manchmal	<input type="radio"/>						
... hilft nicht	<input type="radio"/>						
... nicht zutreffend	<input type="radio"/>						

	Arzt/Ärztin	Medikamente	Therapie	Bewegung	Genuss	Medien	Sonstiges
Stichwort:	<input type="text"/>						
... unverzichtbar	<input type="radio"/>						
... sehr hilfreich	<input type="radio"/>						
... oft hilfreich	<input type="radio"/>						
... hilft manchmal	<input type="radio"/>						
... hilft nicht	<input type="radio"/>						
... nicht zutreffend	<input type="radio"/>						

Stresstagebuch – Hilfe

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Was war bisher hilfreich, wenn Sie Stress hatten?

	Partner	Familie	Freunde	Beruf	Hobby	Aufgaben	Ablenkung
Stichwort:	<input type="text"/>						
... unverzichtbar	<input type="radio"/>						
... sehr hilfreich	<input type="radio"/>						
... oft hilfreich	<input type="radio"/>						
... hilft manchmal	<input type="radio"/>						
... hilft nicht	<input type="radio"/>						
... nicht zutreffend	<input type="radio"/>						

	Arzt/Ärztin	Medikamente	Therapie	Bewegung	Genuss	Medien	Sonstiges
Stichwort:	<input type="text"/>						
... unverzichtbar	<input type="radio"/>						
... sehr hilfreich	<input type="radio"/>						
... oft hilfreich	<input type="radio"/>						
... hilft manchmal	<input type="radio"/>						
... hilft nicht	<input type="radio"/>						
... nicht zutreffend	<input type="radio"/>						

Stresstagebuch – Hilfe

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Was war bisher hilfreich, wenn Sie Stress hatten?

	Partner	Familie	Freunde	Beruf	Hobby	Aufgaben	Ablenkung
Stichwort:	<input type="text"/>						
... unverzichtbar	<input type="radio"/>						
... sehr hilfreich	<input type="radio"/>						
... oft hilfreich	<input type="radio"/>						
... hilft manchmal	<input type="radio"/>						
... hilft nicht	<input type="radio"/>						
... nicht zutreffend	<input type="radio"/>						

	Arzt/Ärztin	Medikamente	Therapie	Bewegung	Genuss	Medien	Sonstiges
Stichwort:	<input type="text"/>						
... unverzichtbar	<input type="radio"/>						
... sehr hilfreich	<input type="radio"/>						
... oft hilfreich	<input type="radio"/>						
... hilft manchmal	<input type="radio"/>						
... hilft nicht	<input type="radio"/>						
... nicht zutreffend	<input type="radio"/>						

Stresstagebuch – Hilfe

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt am:

Was war bisher hilfreich, wenn Sie Stress hatten?

	Partner	Familie	Freunde	Beruf	Hobby	Aufgaben	Ablenkung
Stichwort:	<input type="text"/>						
... unverzichtbar	<input type="radio"/>						
... sehr hilfreich	<input type="radio"/>						
... oft hilfreich	<input type="radio"/>						
... hilft manchmal	<input type="radio"/>						
... hilft nicht	<input type="radio"/>						
... nicht zutreffend	<input type="radio"/>						

	Arzt/Ärztin	Medikamente	Therapie	Bewegung	Genuss	Medien	Sonstiges
Stichwort:	<input type="text"/>						
... unverzichtbar	<input type="radio"/>						
... sehr hilfreich	<input type="radio"/>						
... oft hilfreich	<input type="radio"/>						
... hilft manchmal	<input type="radio"/>						
... hilft nicht	<input type="radio"/>						
... nicht zutreffend	<input type="radio"/>						

Stresstagebuch – Schlaf

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt vom: Bis zum:

Wie gut oder schlecht schlafen Sie?

	Mo./Nacht	Di./Nacht	Mi./Nacht	Do./Nacht	Fr./Nacht	Sa./Nacht	So./Nacht
Notiz	<input type="text"/>						
Schlaf-Qualität	Schlecht > Gut ○○○○○						
Schlafstunden	<input type="text"/>						
1. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
2. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
3. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
4. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
5. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
	Problematik Weniger > Stark						
... Einschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Durchschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Schlechte Träume	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Kein Tiefschlaf	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Aufschrecken	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
<input type="text"/>	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
Hilfsmittel probiert?	<input type="text"/>						

Stresstagebuch – Schlaf

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt vom: Bis zum:

Wie gut oder schlecht schlafen Sie?

	Mo./Nacht	Di./Nacht	Mi./Nacht	Do./Nacht	Fr./Nacht	Sa./Nacht	So./Nacht
Notiz	<input type="text"/>						
Schlaf-Qualität	Schlecht > Gut ○○○○○						
Schlafstunden	<input type="text"/>						
1. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
2. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
3. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
4. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
5. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
	Problematik Weniger > Stark						
... Einschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Durchschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Schlechte Träume	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Kein Tiefschlaf	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Aufschrecken	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
<input type="text"/>	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
Hilfsmittel probiert?	<input type="text"/>						

Stresstagebuch – Schlaf

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt vom: Bis zum:

Wie gut oder schlecht schlafen Sie?

	Mo./Nacht	Di./Nacht	Mi./Nacht	Do./Nacht	Fr./Nacht	Sa./Nacht	So./Nacht
Notiz	<input type="text"/>						
Schlaf-Qualität	Schlecht > Gut ○○○○○						
Schlafstunden	<input type="text"/>						
1. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
2. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
3. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
4. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
5. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
	Problematik Weniger > Stark						
... Einschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Durchschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Schlechte Träume	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Kein Tiefschlaf	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Aufschrecken	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
<input type="text"/>	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
Hilfsmittel probiert?	<input type="text"/>						

Stresstagebuch – Schlaf

Vor- und Nachname:

Ausgefüllt vom: Bis zum:

Wie gut oder schlecht schlafen Sie?

	Mo./Nacht	Di./Nacht	Mi./Nacht	Do./Nacht	Fr./Nacht	Sa./Nacht	So./Nacht
Notiz	<input type="text"/>						
Schlaf-Qualität	Schlecht > Gut ○○○○○						
Schlafstunden	<input type="text"/>						
1. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
2. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
3. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
4. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
5. Schlaf-Etape(n)	<input type="text"/> – <input type="text"/>						
	Problematik Weniger > Stark						
... Einschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Durchschlafen	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Schlechte Träume	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Kein Tiefschlaf	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
... Aufschrecken	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
<input type="text"/>	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○	○○○○○
Hilfsmittel probiert?	<input type="text"/>						