

Jan Kuschny

ky-com
Kuschny Coaching + Kommunikation
Dr. Hans Klüber Straße 28
26133 Oldenburg
Telefon 0441 - 379 00 85
Mobil 0177- 799 40 80
info@ky-com.de

An:

Ky-com
Kuschny Coaching + Kommunikation
Dr. Hans Klüber Straße 28
26133 Oldenburg

Stresstest

Datum _____

1. Nennen Sie spontan 3 Situationen, die bei Ihnen Stress auslösen:
 - 1.
 - 2.
 - 3.

2. Versuchen Sie eine für Sie typische Stresssituation zu beschreiben.

3. Seit wann leiden Sie unter Stress-Symptomen?

4. Wie hoch würden Sie Ihre derzeitige Stressbelastung einschätzen?
 Null gering mäßig hoch sehr hoch

5. Oft heißt es global, man sei gestresst. Das Problem "Stress" lässt sich jedoch meist in unterschiedliche Teilbereiche (Arbeit - Familie/Partner - Freizeit) unterteilen. Versuchen Sie den ursächlichen Anteil bei der Entstehung Ihres Stressproblems in Prozent zu schätzen.
(Beispiel: Arbeit 45%, Familie/Partner 35%, Freizeit 20%)
Arbeit _____ Familie/Partner _____ Freizeit _____

6. Welche beruflichen Anforderungen/Unterforderungen spielen eine Rolle?
7. Wie viele Stunden arbeiten Sie täglich und welche Pausen machen Sie während der Arbeit?
8. Neigen Sie dazu, verschiedene Aufgaben gleichzeitig/parallel zu erledigen?
 trifft genau trifft in etwa gelegentlich weniger gar nicht
9. Wissen Sie, was Ihre Arbeitgeber/Vorgesetzten von Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz erwarten?
 genau in etwa gelegentlich weniger gar nicht
10. Führen Sie eine schriftliche Zeitplanung durch (Tages- oder Wochenplan)?
 ja nein
Wenn ja; beschreiben Sie Ihr Zeitmanagement:
11. Ist Ihr Arbeitsplatz bzgl. Material und der technischen Ausstattung ausreichend für eine gute Aufgabenbewältigung ausgestattet?
 sehr gut gut durchschnittlich schlecht sehr schlecht
12. Haben Sie bei Ihrer Arbeit Aufgaben zu bewältigen, die Ihnen leicht fallen - und können dabei Ihre Stärken einsetzen?
 überwiegend meistens manchmal selten nie
13. Fühlen Sie sich für Ihre derzeitige Tätigkeit ausreichend qualifiziert?
 in jeder Situation meistens durchschnittlich selten gar nicht
14. Gibt es familiäre oder andere private Belastungen?
15. Wie gestalten Sie Ihre Freizeit?

16. Wieviele (Stunden) Zeit verbringen Sie täglich mit:

Arbeit _____ Familie/Partner _____ Freizeit _____

17. Bestimmte Einstellungen und Lebensregeln sowie Bewertungen von Situationen, die sogenannten "inneren Antreiber", können einen innerlichen Druck erzeugen und Stress mit bedingen.

Kennen Sie die folgenden Einstellungen und Gedanken aus eigenem Erleben?

A) "Ich muss alles im Griff und unter Kontrolle haben..."

trifft genau trifft in etwa gelegentlich weniger gar nicht

B) "Man sollte gestellte Aufgaben immer 100%tig erfüllen..."

trifft genau trifft in etwa gelegentlich weniger gar nicht

C) "Es soll niemand merken, wie es in mir aussieht..."

trifft genau trifft in etwa gelegentlich weniger gar nicht

D) "Die Situation ist absolut schrecklich, es ist ganz schlimm..."

trifft genau trifft in etwa gelegentlich weniger gar nicht

E) "Ich kann es nicht mehr aushalten, nicht mehr ertragen..."

trifft genau trifft in etwa gelegentlich weniger gar nicht

F) "Wenn ich meine Ziele nicht schaffe, taue ich nichts, bin ich ein Versager..."

trifft genau trifft in etwa gelegentlich weniger gar nicht

18. Erleben Sie bei Stressbelastungen zeitweilig negative körperliche Reaktionen?

Kopfschmerzen nein ein wenig mäßig stark sehr stark

Angst nein ein wenig mäßig stark sehr stark

Magen/Darmbeschwerden nein ein wenig mäßig stark sehr stark

Muskelverspannung nein ein wenig mäßig stark sehr stark

...oder andere Reaktionen? _____

19. Halten die Beschwerden auch noch am Ende der Belastungssituationen an?

nein selten manchmal oft sehr oft

20. Welche Beschwerden besonders?

21. Wurden die Beschwerden bereits chronisch, d.h. sind nicht mehr weggegangen?
 ja nein
22. Hat sich in Ihrem Leben zuletzt etwas Besonderes verändert?
 Heirat/neuer Partner Scheidung/Trennung Tod eines Angehörigen
 neuer Arbeitsplatz Geburt eines Kindes Umzug/Wohnortwechsel
...oder andere Ereignisse _____
23. Fühlen Sie sich manchmal so richtig "ausgebrannt"?
 ja nein
24. Haben Sie die Lust oder das Interesse an vielen Dingen verloren, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?
 ja nein
25. Können Sie gut abschalten und sich entspannen?
- | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Privat/Zu Haus | <input type="radio"/> immer | <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
| Privat/Freizeit | <input type="radio"/> immer | <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
| Wenn Sie allein sind | <input type="radio"/> immer | <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
| Bei der Arbeit | <input type="radio"/> immer | <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
| In den Pausen | <input type="radio"/> immer | <input type="radio"/> meistens | <input type="radio"/> manchmal | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
26. Wobei können Sie sich entspannen?
27. Trinken Sie Alkohol, nehmen Medikamente oder andere Drogen zur Stressbewältigung, um sich zu entspannen oder aufzuputschen?
 täglich regelmäßig gelegentlich fast nie nie
Wenn "täglich" oder "regelmäßig"; beschreiben Sie Ihr Konsumverhalten:

28. Treiben Sie Sport?
 täglich regelmäßig gelegentlich fast nie nie

29. ...welche Sportart?
30. Haben Sie in der letzten Zeit an Gewicht zugenommen oder abgenommen?
 ja nein
Wenn ja; beschreiben Sie die Veränderung: _____
31. Wäre es denkbar, bestimmten Stress- Situationen aus dem Wege zu gehen, zumindest zeitweilig?
32. Wer könnte Sie in der Stressbewältigung unterstützen? Mitarbeiter, Kollegen, Freunde, Familie.....?
33. Wie haben Sie in der Vergangenheit ähnliche Situationen erfolgreich bewältigt?
34. Stellen Sie sich einmal vor, Sie hätten plötzlich viel Zeit für sich allein: was würden Sie sich wünschen?
35. Nennen Sie 3 Dinge, die Sie gern tun möchten:
1.
2.
3.
36. Eine vielleicht ungewöhnliche Frage: Was könnten Sie selber tun, um Ihren Stress noch zu vergrößern und die Situation noch zu verschlechtern?

JA, ich möchte, dass Sie nach der Auswertung des Tests mit mir Kontakt aufnehmen

Vorname, Name _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____