

Ihr persönlicher Stresstest

Bitte ausgefüllt
per Post, oder als
Scan per mail
zurück schicken.



Unsere komplexe, moderne Welt verlangt dem Menschen ein hohes Maß an geistiger Flexibilität und Fitness ab. Viele überfordert das.

Nutzen Sie den Stresstest, um zu erfahren, ob die Belastungen des Alltags Einfluss auf Ihre Gesundheit haben und wie Sie dem mittels Hypnose effektiv vorbeugen können.

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft

A. Gesundheit

Ja/Nein

1. Ich wünsche mir im Alltag mehr Vitalität und Power
2. Ich rauche mehr als 5 Zigaretten pro Tag
3. Ich treibe regelmäßig Sport
4. Ich möchte gerne mein ideales Wunschgewicht erreichen
5. Ich möchte mein Schlafverhalten verbessern
6. Ich möchte meine Allergien loswerden
7. Ich leide unter psychosomatischen Beschwerden
8. Ich möchte meine Konzentrationsfähigkeit verbessern
9. Ich möchte meine allgemeine Leistungsfähigkeit verbessern
10. Ich möchte meine Hautprobleme loswerden
11. Ich möchte meine Verdauung normalisieren
12. Ich möchte ein erfüllteres Sexualleben führen
13. Ich möchte meine chronischen Schmerzen in den Griff bekommen
14. Ich hatte in den letzten 5 Jahren eine schwere Krankheit oder OP
15. Ich leide unter Ängsten und Panikattacken
16. Ich bin derzeit in ärztlicher Therapie
17. Ich bin derzeit in psychologischer Therapie
18. Ich wünsche mir noch eine Ergänzung zur aktuellen Therapie

Für Frauen

19. Ich bin schwanger oder stille mein Kind
20. Ich hatte in den letzten 5 Jahren eine Abtreibung/Fehlgeburt
21. Ich leide unter Menstruationsbeschwerden
22. Ich leide unter Wechseljahresbeschwerden

B. Privatleben

23. Ein Angehöriger von mir ist schwer krank oder behindert
24. Ich hatte in den letzten 5 Jahren einen Todesfall in meiner Familie
25. In den letzten 5 Jahren ist ein guter Freund gestorben
26. Ich bin frisch geschieden/getrennt
27. Ich stecke mitten in den Hochzeitsvorbereitungen
28. Wir erwarten Familienzuwachs

29. Die Kinder sind in den letzten 3 Jahren von zuhause ausgezogen Ja Nein
30. Wir haben einen Pflegefall in der Familie Ja Nein
31. Wir haben gerade ein Haus gebaut/eine Immobilie gekauft Ja Nein
32. Unser Kind kommt jetzt in die Schule/wurde gerade eingeschult Ja Nein
33. Unser Kind fängt an zu studieren Ja Nein
34. Ich bin gegenwärtig in einen Rechtsstreit verwickelt Ja Nein
35. Ich sehe pro Tag mehr als 2 Stunden fern Ja Nein

C. Beruf

36. Ich bin mit meinem Beruf sehr zufrieden Ja Nein
37. Ich bin derzeit arbeitslos Ja Nein
38. Ich bin pensioniert Ja Nein
39. Ich plane eine berufliche Veränderung Ja Nein
40. Ich studiere noch/befinde mich noch in der Ausbildung Ja Nein
41. Ich möchte mich gerne selbständig machen, weiß aber noch nicht wie Ja Nein
42. Ich arbeite im Durchschnitt mehr als 10 Stunden pro Tag Ja Nein
43. Wenn ich Feierabend habe, fällt es mir schwer abzuschalten Ja Nein
44. Ich verbringe berufsbedingt zu wenig Zeit mit meiner Familie Ja Nein
45. Ich arbeite im Schichtdienst Ja Nein
46. Ich benötige mehr als 15 Minuten zu meiner Arbeitsstelle Ja Nein
47. Ich kann mich während meiner Arbeit entspannen Ja Nein
48. An meiner Arbeitsstelle herrscht ein gutes Betriebsklima Ja Nein
49. Gelegentlich nehme ich Arbeit mit nach Hause Ja Nein
50. In meiner Freizeit kann ich auf Handy und Internet verzichten Ja Nein
51. Im Urlaub bin ich für meine Firma erreichbar Ja Nein
52. Mein letzter Urlaub ist über 3 Jahre her Ja Nein
53. Ich möchte gerne eine Fremdsprache lernen Ja Nein

D. Umwelt

54. Ich wohne auf dem Land Ja Nein
55. Ich wohne in der Großstadt Ja Nein

56. Ich fühle mich in meiner Wohnung/meinem Haus wohl Ja Nein
57. Ich fühle mich in meiner Nachbarschaft wohl Ja Nein
58. Ich fühle mich in meinem Wohnort wohl Ja Nein
59. Ich nehme aktiv am Sozialleben teil und habe viele Bekannte Ja Nein
60. Ich bin Mitglied in einem Verein Ja Nein
61. Ich bin Mitglied in mehr als 3 Vereinen Ja Nein
62. Ich verbringe meine Freizeit fast ausschließlich bei meinem Verein Ja Nein
63. Ich nehme mir ausreichend Zeit zum genussvollen Essen Ja Nein
64. Ich spiele ein Musikinstrument Ja Nein
65. Ich singe gerne Ja Nein
66. Ich tanze gerne Ja Nein
67. Ich habe ein Haustier Ja Nein
68. Ich gehe regelmäßig zur Massage oder Kosmetikerin Ja Nein
69. Ich trinke mindestens einmal pro Woche Alkohol Ja Nein
70. Ich trinke täglich Alkohol Ja Nein
71. Bei mir läuft permanent das Radio oder der Fernseher Ja Nein
72. Ich bin 24 Stunden am Tag online Ja Nein
73. Ich war in den letzten 4 Wochen im Kino, Theater o. ä. Ja Nein
74. In meiner Wohnung stehen viele Pflanzen Ja Nein
75. Der Straßenlärm in unserer Wohngegend macht mich krank Ja Nein
76. Meine finanzielle Situation macht mir Sorgen Ja Nein
77. Ohne Kaffee bin ich nur ein halber Mensch Ja Nein
78. Es fällt mir schwer zur Ruhe zu kommen Ja Nein

Die Auswertung erhalten Sie per E-Mail

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

