



(1) Wie häufig kommt es vor, dass Sie Aufgaben oder Tätigkeiten aufschieben?

..... mal in der Woche

(2) Welche Tätigkeiten schieben Sie besonders häufig auf?

.....
.....

(3) Wie lange schieben Sie Aufgaben auf?

..... Stunden ☐ bis kurz vor knapp ☐ bis es zu spät ist

(4) Was sind typische Ersatztätigkeiten, die Sie ausführen?

.....
.....

(5) Welche Gefühle treten beim Aufschieben von Aufgaben oder Tätigkeiten auf?

Vorher:

Währenddessen:

Danach:

(6) Welche Konsequenzen hat Ihr Aufschieben?

Positive:

Negative: