

Formblatt Energielieferanten und Energiefresser

Dinge, die mir Energie rauben:

z.B.

Arbeit

Duschen

Stress

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dinge, die mir Energie verleihen:

z.B.

Schlaf

Gesundes Essen

Ruhe/Erholung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



14-Tage-Energie-Übersicht

Woche 1																								
	Vormittag												Nachmittag											
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Mo																								
Di																								
Mi																								
Do																								
Fr																								
Sa																								
So																								

Woche 2																								
	Vormittag												Nachmittag											
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Mo																								
Di																								
Mi																								
Do																								
Fr																								
Sa																								
So																								

Schlüssel

- Aktivität mit hohem Energieverbrauch
- Aktivität mit mittlerem Energieverbrauch
- Aktivität mit geringem Energieverbrauch
- Ruhe/Chillen
- Schlaf

Aktivitätstagebuch (Option 1, Beispiel)

Tag 1

Zeit	Activity = Aktivität	Fatigue-Bewertung 0 = niedrig 10 = hoch
8:30 – 8:45	Aufgestanden und geduscht	7
8:45 – 9:00	Angezogen	8
9:00 – 9:15	Frühstück	7
9:15 – 9:30	Ruhepause	3
9:30 – 9:40	Waschmaschine angestellt	4
9:40 – 10:00	Mit einer Freundin telefoniert	5
10:00 – 10:30	Mein Buch gelesen	4
10:30 – 10:45	Wäsche aufgehängt	8
10:45 – 11:00	Meine E-Mails gecheckt	6
11:00 – 11:15	Küche aufgeräumt	5
11:15 – 12:00	Fernsehen mit einer Tasse Tee	4
12:00 – 12:30	Mittagessen	6
12:30 – 13:30	Spaziergang	9
13:30 – 14:00	Ruhepause	4
14:00 – 14:30	Zum Supermarkt gefahren	9
14:30 – 15:30	Eingekauft	10
15:30 – 16:00	Heimgefahren	10
16:00 – 16:30	Lebensmittel eingeräumt	9
16:30 – 17:00	Vorbereitungen fürs Kochen	9
17:00 – 18:15	Ruhepause – bin eingeschlafen	7
18:15 – 19:00	Kochen	8
19:00 – 19:30	Abendessen	7
19:30 – 19:50	Küche aufgeräumt	9
19:50 – 21:00	Fernsehen	6
21:00 – 21:30	Vorbereitung aufs Zubettgehen / gelesen	5
21:45	Eingeschlafen	

Aktivitätstagebuch (Option 2)

Woche 1

Zeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
8:00 – 9:00							
9:00 – 10:00							
10:00 – 11:00							
11:00 – 12:00							
12:00 – 13:00							
13:00 – 14:00							
14:00 – 15:00							
15:00 – 16:00							
16:00 – 17:00							
17:00 – 18:00							
18:00 – 19:00							
19:00 – 20:00							
21:00 – 22:00							
22:00 – 00:00							
schlafen gegangen							

ANHANG 1

Den Job vor dem Wiedereinstieg neu bewerten

Die folgenden Fragen sollen Ihnen dabei helfen, Sorgen und Probleme rund um Ihre Arbeit durchzusprechen. Die Fragen sind so konzipiert, dass Sie einerseits selbst konzentriert über Ihren Job nachdenken können, andererseits mit medizinischen Fachkräften und Ihrem Arbeitgeber darüber diskutieren können.

Was sind die wesentlichen Elemente meines Jobs?

Wie ist mein gewöhnlicher Arbeitsrhythmus (z. B. Stunden, Tage, Schichten etc.)?

Wie komme ich zur Arbeit hin und zurück, wenn ich wieder einsteige?

Welche Anforderungen umfasst mein Job?

a) Körperliche Anforderungen, z. B. stehen, zu Fuß gehen, Treppen steigen, heben, Gebrauch von Werkzeugen / Maschinen, Maschine schreiben, im Freien arbeiten, Auto fahren etc.

b) Geistige Anforderungen, z. B. sich konzentrieren, Informationsüberflutung, organisieren, managen, sich an Dinge erinnern etc.

c) Kommunikative Anforderungen, z. B. telefonieren, Einzel- oder Videogespräche / -treffen, Berichte verfassen, Präsentationen halten.

Welche Symptome könnten – meiner Meinung nach – zu Problemen bei der Arbeit führen?
Gibt es irgendwelche Teile meines Jobs, die nach Covid-19 – meiner Meinung nach – besonders schwierig sein könnten oder mir Sorgen bereiten?
Gibt es Teile meines Jobs, bei denen ich mich sicher genug fühle, um sie zu managen?
Habe ich irgendwelche Verpflichtungen außerhalb meiner Arbeit, z. B. Kinder, Betreuungsfunktionen oder Weiterbildung / Studium, die sich entweder auf meine Arbeit auswirken oder vielleicht durch meinen Wiedereinstieg nach Covid-19 beeinträchtigt werden?
Welche Supervision und Unterstützung habe ich vor Covid-19 in meinem Job erhalten?
Gibt es noch etwas anderes, das für meinen Wiedereinstieg nach Covid-19 relevant ist?

ANHANG 2

Wiedereingliederungsplan

Hier ist eine (mögliche) Vorlage für ein detailliertes persönliches Protokoll im Rahmen meines Wiedereingliederungsplans.

Ihr Name:
Datum des Eingliederungsgesprächs:
Beim Gespräch anwesend:
Arbeitsposition:
Voraussichtliche Auswirkungen der Symptome auf die Arbeit:
Vorgeschlagenes Startdatum für den Wiedereinstieg:
Vorgeschlagener anfänglicher Arbeitsrhythmus (Stunden / Tage):
Arbeitsstätte:
Vorgeschlagene anfängliche Arbeitslast / Ziele:

Vorgeschlagene Anpassungen zur Unterstützung des Wiedereinstiegs:
Weitere Kommentare:
Plan vereinbart mit:
Datum für Feedback-Gespräch über Fortschritte:
Fortschritte sollen beurteilt werden von:
Ansprechpartner für Unterstützung während der stufenweisen Wiedereingliederung: