



Sitz-Check

SITZEN WÄHREND DES TAGES (Arbeit + Freizeit)

1. Wie viele Stunden am Tag sitzen Sie? Bei welcher Tätigkeit?

(z.B. Essenszeiten, Fernsehen, Lesen, faulenzten, Arbeiten, Internet, Auto/Bus/U-Bahn fahren, etc.)

2. Was tun Sie, wenn Sie nicht sitzen?

(z.B. Rad fahren, kochen, aufräumen, Sport, spazieren ...)



SITZEN BEI DER ARBEIT

3. Wie viele Stunden sitzen Sie ohne Unterbrechung?

_____ Stunden

4. Welche Art von Bewegung haben Sie bei der Arbeit

(bei welcher Tätigkeit, z.B. Treppe laufen, zum Kopierer gehen...)?

- Stehen: _____

- Gehen: _____

- _____
- _____

5. Wie sitzen Sie?

- Art des Stuhls: _____
- Körperhaltung: _____

6. Finden Ihre Arbeitstreffen im Stehen oder Sitzen statt?



BESCHWERDEN

7. Notieren Sie, in welchen Körperregionen Sie allgemein unter Beschwerden leiden
(nicht nur während der Arbeit).

Bewerten Sie diese auf einer Skala von 1 bis 10

(1 = keine / 10 = sehr starke Beschwerden):

- | | | | |
|--------------------------------------|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Kopf | _____ | <input type="checkbox"/> Beine | _____ |
| <input type="checkbox"/> Augen | _____ | <input type="checkbox"/> Füße | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nacken | _____ | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schultern | _____ | <input type="checkbox"/> Verdauung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rücken | _____ | <input type="checkbox"/> Stress | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bauchfett | _____ | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | _____ |
| <input type="checkbox"/> Handgelenke | _____ | <input type="checkbox"/> Konzentration | _____ |



10. Welches YogaBreak (im Gehen, Sitzen oder Stehen) können Sie üben, um Ihre Beschwerden zu lindern? Wie oft pro Tag/pro Woche?

Z. B.: 1 Mal „Ausgeruhte Augen“ (YogaBreak) pro Tag

___ Mal _____ (YogaBreak) pro _____

___ Mal _____ (YogaBreak) pro _____

___ Mal _____ (YogaBreak) pro _____

___ Mal _____ (YogaBreak) pro _____

___ Mal _____ (YogaBreak) pro _____

Anpassung der Sitzstrategie nach sieben Tagen am: _____.20__

Was halten Sie ein?	Was halten Sie nicht ein?

Was können Sie anpassen, um sich noch besser zu fühlen?



Überprüfung nach 21 Tagen am:

___. __. 20__

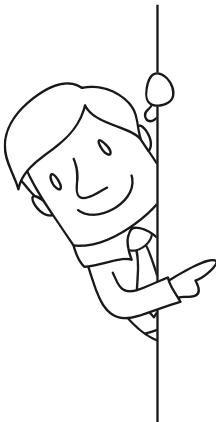
Beantworten Sie die Fragen von 1-10 erneut und vergleichen Sie Ihre Beschwerden.

- | | | | |
|--------------------------------------|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Kopf | _____ | <input type="checkbox"/> Beine | _____ |
| <input type="checkbox"/> Augen | _____ | <input type="checkbox"/> Füße | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nacken | _____ | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schultern | _____ | <input type="checkbox"/> Verdauung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rücken | _____ | <input type="checkbox"/> Stress | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bauchfett | _____ | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | _____ |
| <input type="checkbox"/> Handgelenke | _____ | <input type="checkbox"/> Konzentration | _____ |

- ✓ Verbesserung: Machen Sie weiter mit dem, was Sie tun!
- ✓ Verschlechterung/gleich geblieben: Passen Sie Ihre Sitzstrategien an. Überprüfen Sie Ihre Pausenkultur (S. 146 ff.) und Ihren Umgang mit Stress (S. 135 ff.)



ANMERKUNGEN / ERKENNTNISSE



Im Buch **YogaBreak - Überleben im Büro** erfahren Sie wie Sie

- ✓ richtig sitzen
- ✓ Verspannungen vorbeugen
- ✓ mehr Bewegung im Büroalltag einbauen

Hier klicken und bestellen:
www.yogabreak-at-work.de