

Fragebogen zu subjektiver Erschöpfung

Sub-ID: _____

Testdatum: _____

Tragen Sie bitte nach Abschluss jedes Blocks ein, als wie erschöpfend sie diesen empfunden haben. Achten Sie dazu bitte auf die Nummer des Blocks. Die Reihenfolge der Blöcke ist zufällig. Somit ist der erste Block, den Sie bearbeiten nicht zwangsläufig Block 1.

Nach jeder Phase übertragen Sie bitte die hier gemerkten Werte auf das Befragungsfenster auf dem Computer.

Phase 1

Erschöpfungslevel nach:	1 = geringstes Level am Erschöpfung; 5 = höchstes Level an Erschöpfung
Block 1	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Block 2	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Block 3	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

Phase 2

Erschöpfungslevel nach:	1 = geringstes Level am Erschöpfung; 5 = höchstes Level an Erschöpfung
Block 4	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Block 5	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Block 6	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>