

Pre-Assessment	Energie-Level	Bemerkungen:
	Stimmung	Bemerkungen:
	Stress-Pegel	Bemerkungen:
	Schlafperformance	Bemerkungen: <input type="checkbox"/> Einschlafschwierigkeiten <input type="checkbox"/> Durchschlafschwierigkeiten <input type="checkbox"/> Früherwachen Schlafunterbrechungen Anz: min
	Gesundheits-Rating 1 2 3 4 5 6	Bemerkungen:
	Aktuelle Herausforderung No. 1	

Mikroprogramme	Fokus	
	S.M.A.R.T.-Ziel (spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminiert)	
	Invest (max. 3 Programme, bei individuellem Bedarf mehr)	
	<input type="checkbox"/> Relax _____ min	<input type="checkbox"/> Balance I _____ min
	<input type="checkbox"/> Meditation _____ min	<input type="checkbox"/> Balance II _____ min
	<input type="checkbox"/> Power _____ min	<input type="checkbox"/> Primer _____ min
	<input type="checkbox"/> Vision I _____ min	<input type="checkbox"/> Finish _____ min
	<input type="checkbox"/> Vision II _____ min	<input type="checkbox"/> Ressource _____ min
	<input type="checkbox"/> Physio I _____ min	<input type="checkbox"/> Flow _____ min
	<input type="checkbox"/> Physio II _____ min	<input type="checkbox"/> Recovery I _____ min
	<input type="checkbox"/> Immun I _____ min	<input type="checkbox"/> Recovery II _____ min
	<input type="checkbox"/> Immun II _____ min	<input type="checkbox"/> Empowerment _____ min
	<input type="checkbox"/> Mental I _____ min	<input type="checkbox"/> Change _____ min
	<input type="checkbox"/> Mental II _____ min	<input type="checkbox"/> Performance _____ min
	<input type="checkbox"/> Detox _____ min	<input type="checkbox"/> Extro _____ min
Weitere Invests		
<input type="checkbox"/> Lebenseinstellung/-führung <input type="checkbox"/> Energiemanagement <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/> Schlafhygiene		
Zielerreichung		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bemerkungen:		
ToDos		

Post-Assessment	Energie-Level	Bemerkungen:
	Stimmung	Bemerkungen:
	Stress-Pegel	Bemerkungen:
	Schlafperformance	Bemerkungen: <input type="checkbox"/> Einschlafschwierigkeiten <input type="checkbox"/> Durchschlafschwierigkeiten <input type="checkbox"/> Früherwachen Schlafunterbrechungen Anz: min
	Gesundheits-Rating 1 2 3 4 5 6	Bemerkungen:

Notizen	Meine Erkenntnis ...
	Das möchte ich ändern ...
	Ich bin dankbar für ...