

|                             |   |                 |
|-----------------------------|---|-----------------|
| Datum: .....<br>Name: ..... | Wie schwierig war es für dich<br>diese Aktivität in der letzten Woche durchzuführen?            |                 |
| <b>Aktivität</b>            |  <b>BEST</b> |                 |
| 1.                          | Überhaupt<br>kein Problem   | _____ Unmöglich |
| 2.                          | Überhaupt<br>kein Problem   | _____ Unmöglich |
| 3.                          | Überhaupt<br>kein Problem   | _____ Unmöglich |

|                             |   |                 |
|-----------------------------|---|-----------------|
| Datum: .....<br>Name: ..... | Wie schwierig war es für dich<br>diese Aktivität in der letzten Woche durchzuführen?              |                 |
| <b>Aktivität</b>            |  <b>BEST</b> |                 |
| 1.                          | Überhaupt<br>kein Problem   | _____ Unmöglich |
| 2.                          | Überhaupt<br>kein Problem   | _____ Unmöglich |
| 3.                          | Überhaupt<br>kein Problem   | _____ Unmöglich |