



## Essensgewohnheiten: Selbsttest

Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten auf Sie zutrifft:

Wenn ich esse, lasse ich mich weder durch Zeitungslesen  
noch Radio oder Fernsehen davon ablenken.

Auch wenn ich wenig Zeit habe, schmeiß ich mich nicht  
hinein sondern nehme trotzdem kle... wissen und...  
ausführlich.

Ich nehme mir genügend Zeit, um mir Geschmack und  
Konsistenz meiner Mahlzeiten bewusst zu sein.

Ich esse gerne... nicht... sehen oder Gehen.

Während des... gehe ich hin und wieder das...  
auf dem Teller.

...se nicht über mein Sättigungsgefühl... aus.

Stimmt voll und genau	Stimmt teilweise	Stimmt gar nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sieht Ihr Ergebnis aus?  
Dürfen Sie... ALLES... GRÜN...  
BEREICH... Spalte...  
...tulier...

Wo gibt es Verbesserungsbedarf?  
Was konkret sollen Sie sofort ändern:

(Halten Sie es bitte schriftlich fest -  
das verspricht mehr Erfolg!)



---



---



---