

# I'M SAFE?

**I** Illness Bestehen Krankheiten, Allergien oder Schmerzen, die mein Arbeiten negativ beeinflussen?

Ja  nein

**M** Medication Stehe ich unter dem Einfluss von Medikamenten, die mein Arbeiten negativ beeinflussen?

Ja  nein

**S** Stress Habe ich momentan beruflichen oder privaten Stress, der mein Arbeiten negativ beeinflusst?

Ja  nein

**A** Alcohol Stehe ich unter dem Einfluss von (Rest)alkohol und/oder anderen Drogen?

Ja  nein

**F** Fatigue Bin ich erschöpft, müde oder ausgelaugt?

Ja  nein

**E** Emotions Eating Bin ich emotional belastet und/oder mental abgelenkt?  
Bin ich hungrig oder durstig?

Ja  nein