

**Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren derzeitigen Beruf. Bitte geben Sie für jede der Fragen an, ob Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.**

|            |   | stimme<br>gar<br>nicht<br>zu | stimme<br>nicht<br>zu    | stimme<br>zu             | stimme<br>voll<br>zu     |
|------------|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>OC1</b> | Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OC2</b> | Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.                    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OC3</b> | Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OC4</b> | Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OC5</b> | Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.                         | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>OC6</b> | Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen. | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |