

Arbeitsblatt zur Selbsteinschätzung digitaler Gewohnheiten

Name:

Datum:

Tägliche Bildschirmzeit

Wie viele Stunden verbringen Sie täglich vor Bildschirmen (z. B. Smartphone, Computer, Fernseher)? Welche Apps oder Aktivitäten beanspruchen den größten Teil Ihrer Bildschirmzeit? Gibt es Momente, in denen Sie das Gefühl haben, Ihre Bildschirmzeit reduzieren zu können?

Gewohnheiten

Haben Sie feste Zeiten oder Routinen für die Nutzung von Technologie (z. B. vor dem Schlafengehen, während der Mahlzeiten)? Wie oft machen Sie tagsüber Pausen von Bildschirmen? Bevorzugen Sie Offline-Aktivitäten wie Hobbys oder Sport gegenüber der Bildschirmzeit?

Auslöser

Welche Situationen oder Emotionen veranlassen Sie häufig dazu, mehr Zeit vor dem Bildschirm zu verbringen (z. B. Langeweile, Stress, Aufstiebsberitis)? Gibt es bestimmte Benachrichtigungen oder Warnmeldungen, die es Ihnen schwer machen, sich auf nicht-digitale Aufgaben zu konzentrieren? Fällt es Ihnen schwer, abzuschalten, selbst wenn Sie mit Freunden oder Familie zusammen sind?