

I'M SAFE Checkliste

			nein	etwas	ja
I'	Illness	Krankheit: Bestehen Krankheitssymptome, welche die Steuerungsfähigkeiten beeinflussen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M	Medication	Medikamente: Nehmen Sie aktuell Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	Stress	Stress: Stehen Sie unter Stress oder psychischem Druck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	Alcohol	Alkohol: Haben Sie in den letzten 8 bis 24 Stunden Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Fatigue	Müdigkeit: Hatten Sie ausreichend Schlaf, Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Emotion	Gefühle: Haben Sie ausreichend Abstand zu extremen Gefühlssituationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>