

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"/> |