



## EINSTELLUNG ZUM TOD

---

Alter: .....

1. Welche Einstellung haben Sie zum Tod?

.....  
.....  
.....

2. Haben Sie Angst vor dem Tod?

.....  
.....

3. Haben Sie sich schon bewusst mit diesem Thema auseinander gesetzt?

.....  
.....

4. Ist in Ihrem Umfeld schon jemand verstorben?

.....  
.....

Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen?

gut

nicht so gut

schlecht

5. Hat dieses Ereignis Ihr Leben verändert?

.....  
.....  
.....

6. Was denken Sie, kommt nach dem Tod?

.....  
.....  
.....  
.....

7. Haben Sie für Ihren eigenen Tod Vorsorge getroffen?

.....  
.....

8. Nennen Sie 3 Begriffe, die Ihnen spontan zum Tod einfallen

.....