

Fragebogen:

T 95216

# Persönlichkeitstest

NOVA PORTA  
PTH 4-1

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Lesen Sie sich die folgenden Anweisungen genau durch, bevor Sie mit dem Test beginnen:

**01.** Für jede Frage gibt es drei mögliche Antworten: ja, vielleicht oder nein. Machen Sie ein deutlich sichtbares Kreuz in dem Feld, zu dem Sie tendieren. **02.** Überlegen Sie vorher, in welcher Spalte Sie Ihr Kreuz machen. Ausgestrichene oder korrigierte Antworten sind unzulässig. Ihr Test wird damit ungültig. **03.** Wenn Sie besondere Bemerkungen, Probleme oder persönliche Erlebnisse zu den einzelnen Fragen haben, die Sie Nova Porta gern mitteilen würden, nutzen Sie einen extra Bogen, den Sie dem Fragebogen anhängen. **04.** Wenn Sie aus bestimmten Gründen eine Frage nicht beantworten wollen oder können, so sind Sie dazu nicht verpflichtet und es werden Ihnen keinerlei Nachteile daraus entstehen. Denken Sie aber bitte daran, die Gründe zu notieren, die dafür vorliegen. **05.** Füllen Sie die Spalten für Name, Adresse und persönliche Angaben sorgfältig aus und beginnen Sie mit dem Test. **06.** Geben Sie den Test am Ausgang ab.

Ja      Nein      Manchmal

- |     |   | Ja                       | Nein                     | Manchmal                 |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01. | Haben Sie oft das Gefühl, dass hinter Ihrem Rücken schlecht von Ihnen geredet wird?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. | Wenn Ihnen an der Kasse eines Supermarktes versehentlich zu viel Geld wiedergegeben wurde, würden Sie es behalten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. | Sind Sie abends am liebsten zu Hause?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04. | Wenn Sie jemandem Unrecht getan haben, fühlen Sie sich lange danach noch unwohl deswegen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05. | Führen Sie Selbstgespräche?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. | Sind Sie am Ende eines Tages unzufrieden, wenn Sie nichts Sichtbares geschaffen haben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07. | Wenn Sie etwas ausführlich erzählen wollen, hört man Ihnen dann zu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08. | Bereitet es Ihnen Freude, peinliche Details über gemeinsame Bekannte zu verbreiten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09. | Wenn Sie sich etwas vorgenommen haben, sind Sie dann in der Lage, das zu erreichen, obwohl sie dauerhaft mit lieb gewordenen Gewohnheiten brechen müssen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Proben Sie oft vor dem Spiegel verschiedene Gesichtsausdrücke?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Denken Sie, Sie sind in der Lage, den richtigen Ton zu treffen, wenn Sie anderen Menschen Anweisungen geben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Machen Sie der Bequemlichkeit halber einfach so weiter, obwohl Sie wissen, das es falsch ist?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Fällt es Ihnen schwer, Verantwortung abzugeben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Merken Sie, dass andere Ihren Ausführungen schwer folgen können?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Überlegen Sie sich schon nach dem Aufwachen, was Sie am kommenden Tag erledigen müssen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Sind Sie in der Lage, sich zu entschuldigen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Heben Sie Dinge auf, weil Sie sie noch mal brauchen könnten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Kauen Sie an Ihren Fingernägeln?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Verspüren Sie oft den Drang, anderen Anweisungen zu geben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Kontrollieren Sie bei anderen Menschen, ob sie alles richtig machen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Neigen Sie dazu, Dinge vor sich herzuschieben, bis es zu spät ist?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Lächeln Sie oft?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ja      Nein      Manchmal

- |     |   |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. | Können Sie sich leicht an neue Lebensumstände anpassen, auch wenn Sie schlechter als Ihre bisherigen sind?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Können Sie sich wohlfühlen, wenn Ihre Umgebung unordentlich ist?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Haben Sie das Gefühl, dauernd etwas tun zu müssen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Werden Sie von anderen herumkommandiert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Wenn ein guter Bekannter von Ihnen mit einer unheilbaren Krankheit im Hospital liegt, würden Sie ihn gern besuchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Wenn Sie etwas massiv stört, sind Sie dann in der Lage, dies ruhig zu kritisieren, ohne ausfallend zu werden?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Erwarten Sie gesellschaftliche Anerkennung für die Arbeit, die Sie tun?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | Empfinden Sie Insekten in der freien Natur als lästig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | Befolgen Sie Ratgeber, ohne sie zu hinterfragen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | Geben Sie bei Meinungsverschiedenheiten eher nach, damit kein Unfrieden gestiftet wird?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | Passieren Ihnen häufig peinliche Mißgeschicke?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. | Sind Sie sehr an anderen Menschen interessiert?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | Bereitet Ihnen die Vorstellung, nochmal neu anzufangen, Sorgen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. | Wenn Sie unterwegs merken, dass Sie einen falschen Weg gegangen sind, gehen Sie dann zurück?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Persönliche Angaben:

Datum:

Unterschrift: