

(TÄGLICH)
MEINE NOT-TO-DO-LISTE

DATUM ____ / ____ / ____

S M T IN T F S

DINGE, DIE MICH ABLENKEN UND MEINE ZEIT

VERSCHWENDEN:

DINGE, DIE MICH STRESSEN UND MIR ANGST MACHEN

DINGE, DIE MIR ENERGIE RAUBEN

DINGE, ZU DENEN ICH MICH
VERPFLICHTET FÜHLE:

DINGE, DIE EIGENTLICH NICHT GETAN WERDEN
MÜSSEN:

DINGE, DIE ICH NICHT KONTROLLIEREN KANN ODER DIE
NICHT IN MEINER VERANTWORTUNG LIEGEN