

Mobilitätstagebuch von _____

Kreuze bitte den Wochentag an:
 Mo Di Mi Do Fr Sa So

Zu welchem **ZWECK** hast du diesen Weg unternommen?
Bitte nur eine Nennung (bei mehreren Zwecken den Hauptzweck) und wenn nötig erläutern!

Weg-Nr. _____

ZWECK

Schule	<input type="checkbox"/>	_____
sonstige Ausbildung	<input type="checkbox"/>	_____
Arbeit	<input type="checkbox"/>	_____
Einkauf	<input type="checkbox"/>	_____
Freizeit	<input type="checkbox"/>	_____
zurück nach Hause	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	_____

Wo liegt der **STARTPUNKT** dieses Weges?
*Bitte gib die Adresse so genau wie möglich an!
Falls Adresse nicht bekannt ist, bitte so genau wie möglich beschreiben!*

STARTADRESSE

(Straße) _____ (Haus-Nr.)

(Postleitzahl) _____ (Ort)

Um wieviel **UHR** hast du diesen Weg begonnen?

BEGINN _____ : _____ (Stunde : Minute)

Gab es zu Beginn des Weges **NIEDERSCHLAG**?

NIEDERSCHLAG (Regen, Schnee etc.)

ja: _____ nein

Dein Weg setzt sich möglicherweise aus mehreren **Teilen** (=Etappen) mit unterschiedlichen Verkehrsmitteln zusammen.
Gib bitte für jede Etappe in der richtigen zeitlichen Reihenfolge folgendes an:

- Welches **VERKEHRSMITTEL** hast du benutzt? (zu Fuß, Fahrrad, Tretroller, Zug, Bus, Auto als Mitfahrer etc.)
- Wie lange hat die Etappe **GEDAURT**?
- Wer war an der **ENTSCHEIDUNG**, dieses Verkehrsmittel zu benutzen, beteiligt?

WEGTEILE Entscheidung

Verkehrsmittel	Dauer (Min.)	ich alleine	ich mit anderen	nur andere
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtdauer _____

Gib bitte die **GESAMTDAUER** dieses Weges an!

WANN bist du angekommen?

ANKUNFTSZEIT _____ : _____ (Stunde : Minute)

Wo liegt das **ZIEL** dieses Weges?
*Bitte gib die Adresse so genau wie möglich an!
Falls Adresse nicht bekannt ist, bitte so genau wie möglich beschreiben!*

ZIELADRESSE

(Straße) _____ (Haus-Nr.)

(Postleitzahl) _____ (Ort)

Waren beim gesamten Weg oder zumindest beim Großteil des Weges **ANDERE** dabei?
Mehrfachnennungen möglich!

BEGLEITUNG

Aufsichtspersonen	<input type="checkbox"/>
MitschülerInnen / FreundInnen	<input type="checkbox"/>
Personen, die ich begleitet habe	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

Weitere Wege dieses Tages auf der nächsten Seite eintragen!

Mobilitätstagebuch von _____

Kreuze bitte den Wochentag an:
 Mo Di Mi Do Fr Sa So

Weg-Nr. _____

ZWECK

Schule _____

sonstige Ausbildung _____

Arbeit _____

Einkauf _____

Freizeit _____

zurück nach Hause _____

Sonstiges _____

Weg-Nr. _____

ZWECK

Schule _____

sonstige Ausbildung _____

Arbeit _____

Einkauf _____

Freizeit _____

zurück nach Hause _____

Sonstiges _____

STARTADRESSE

(Straße) _____ (Haus-Nr.)

(Postleitzahl) _____ (Ort)

STARTADRESSE

(Straße) _____ (Haus-Nr.)

(Postleitzahl) _____ (Ort)

BEGINN _____ : _____ (Stunde : Minute)

BEGINN _____ : _____ (Stunde : Minute)

NIEDERSCHLAG (Regen, Schnee etc.)

ja: _____ nein

NIEDERSCHLAG (Regen, Schnee etc.)

ja: _____ nein

WEGTEILE	Entscheidung				
	Verkehrsmittel	Dauer (Min.)	ich alleine	ich mit anderen	nur andere
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesamtdauer _____					

WEGTEILE	Entscheidung				
	Verkehrsmittel	Dauer (Min.)	ich alleine	ich mit anderen	nur andere
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesamtdauer _____					

ANKUNFTSZEIT _____ : _____ (Stunde : Minute)

ANKUNFTSZEIT _____ : _____ (Stunde : Minute)

ZIELADRESSE

(Straße) _____ (Haus-Nr.)

(Postleitzahl) _____ (Ort)

ZIELADRESSE

(Straße) _____ (Haus-Nr.)

(Postleitzahl) _____ (Ort)

BEGLEITUNG

Aufsichtspersonen

MitschülerInnen / FreundInnen

Personen, die ich begleitet habe

Nein

BEGLEITUNG

Aufsichtspersonen

MitschülerInnen / FreundInnen

Personen, die ich begleitet habe

Nein

Weitere Wege bitte in die nächste Spalte eintragen!

Weitere Wege dieses Tages auf der nächsten Seite eintragen!

Gesundheit, Wohlbefinden und Reflexion

Meine Gesundheit und Wohlbefinden

Wie würdest du deinen Gesundheitszustand allgemein beschreiben?

schlecht eher schlecht eher gut gut ausgezeichnet

Wie hast du dich heute körperlich gefühlt?

sehr schlecht eher schlecht teils-teils eher gut sehr gut

Wie hast du dich heute geistig gefühlt?

sehr schlecht eher schlecht teils-teils eher gut sehr gut

Wie häufig machst du Sport? (inkl. Schulsport)

(fast) nie 1-3 Mal pro Monat 1 Mal pro Woche 2-3 Mal pro Woche 4 Mal pro Woche oder mehr

So viel habe ich mich bewegt:

1. In Form von Mobilität:

2. Beim Training, im Schulsport etc.:

aktive Verkehrsmittel Dauer (Min.)

Art der Bewegung Dauer (Min.)

zu Fuß

Tretroller

Fahrrad

Gesamte Bewegung: Minuten

So viel Bewegung wird 6 - 18 jährigen Kindern und Jugendlichen empfohlen:

1. Bewegung:

mindestens 1 Stunde pro Tag (davon ein Großteil mit mittlerer oder höherer Intensität. An 3 Tagen pro Woche ausdauerorientierte Bewegung mit höherer Intensität

2. Muskelkräftigung:

an mindestens 3 Tagen pro Woche als Teil der Bewegung

Quelle: Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.) (2020): Österreichische Bewegungsempfehlungen (Wissensband 17), Wien
Hinweis: Genauere Informationen und Unterlagen sind in Modul 2 „Nutzen Aktiver Mobilität“ zu finden

Reflexion

Vergleiche deine geleistete Bewegung mit dem empfohlenen Bewegungsausmaß.

Hast du dich ausreichend bewegt? Nein Ja

Reflektiere deine zurückgelegten Wege und überlege, ob es dabei Wegeteile gab, die du auch mit einem aktiven Verkehrsmittel (zu Fuß, Fahrrad, Tretroller) bewältigen hättest können. Warum hast du diese nicht aktiv zurückgelegt?

genutztes Verkehrsmittel

alternatives Verkehrsmittel

Warum nicht aktiv?

- | | | | |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |