

Tagklinik Westend

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



Tagklinik Westend

Westendstraße 193
80686 München
Telefon 0 89 / 2 02 44 48 - 0
Telefax 0 89 / 2 02 44 48 - 200
anmeldung@tagklinik-westend.de
www.tagklinik-westend.de

Fragebogen zur Geschichte der Essprobleme

Zur Behandlung Ihrer Probleme ist es für uns wichtig, eine möglichst genaue Beschreibung Ihres Essverhaltens und der damit zusammenhängenden Schwierigkeiten zu haben. Deshalb bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und umgehend wieder an uns zurückzusenden.

Beachten Sie bitte, dass bei manchen Fragen mehrere Antwortmöglichkeiten gegeben sind; kreuzen Sie jeweils die zutreffende(n) Antwort(en) an. Freigelassene Antworten können mit eigenen Worten ergänzt werden.

Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben von uns streng vertraulich behandelt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Team der Tagklinik Westend

Name: _____

geb.: _____

Datum: _____



01. Momentanes Körpergewicht _____ kg

02. Körpergröße _____ cm

03. Wie entwickelten sich Ihre Essprobleme?

Fastenkuren im Alter von _____ Jahren

Gewicht vorher: _____ kg

Fressanfälle _____ Jahren

Gewicht vorher: _____ kg

Erbrechen _____ Jahren

Gewicht vorher: _____ kg

04. Seit ich meine jetzige Körpergröße erreicht habe, war mein

höchstes Gewicht: _____ kg im Alter von _____ Jahren

niedrigstes Gewicht: _____ kg im Alter von _____ Jahren

05. Im vergangenen Jahr war mein

höchstes Gewicht: _____ kg, mein niedrigstes Gewicht: _____ kg.

06. Was wäre Ihr persönliches Wunschgewicht? _____ kg

07. Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse in Ihrem Leben, die zeitlich mit dem Beginn Ihrer Essprobleme zusammenfielen oder unmittelbar vorausgingen? ja / nein

Falls ja, beschreiben Sie diese kurz: _____

08. Essen Sie häufig allein? ja / nein

09. Haben Sie das Gefühl von Hunger und Sättigung ja / nein

10. Wie fühlen Sie sich gewöhnlich nach einer »normalen« Mahlzeit?

Ich esse nie eine »normale« Mahlzeit

beunruhigt

unangenehm vollgestopft

zufrieden und entspannt

noch immer hungrig

11. Mit welcher durchschnittlichen Häufigkeit traten **während der letzten Monate** die folgenden Verhaltensweisen auf?

(Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an!)

	Fressanfälle	Erbrechen	Abführmittelgebrauch	Appetit-züglergebrauch	Wasser-tablettengebrauch	Sportliche Übungen	Fasten / Auslassen von Mahlzeiten
Nie							
Weniger als 1 x pro Woche					 Std.	
Etwa einmal pro Woche					 Std.	
Mehrmals pro Woche					 Std.	
1 x pro Tag					 Std.	
Mehrmals pro Tagmalmal			 Std.	

Andere von Ihnen verwendete Methoden zur Gewichtskontrolle: _____

12. Geben Sie bitte ein Beispiel eines typischen Fressanfalls bei Ihnen. Zählen Sie sämtliche Nahrungsmittel auf, die Sie während eines solchen Anfalls essen und trinken:

- a) Bevorzugen Sie **dabei** hochkalorische Nahrung? ja / nein
 b) Wie lange dauert ein solcher Anfall gewöhnlich? _____ Stunden / Minuten
 c) Sind Sie dabei gewöhnlich allein? ja / nein

13. Wie fühlen Sie sich gewöhnlich nach einem Fressanfall?

- entspannt zu vollgestopft
 ängstlich zufrieden
 schuldig als Versager
 deprimiert _____

14. Nach einem Fressanfall erbreche ich in 100% (jedesmal) / 75% / 50% / 25% / 0% (nie) aller Fälle. (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

15. Wodurch wird ein Fressanfall gewöhnlich beendet?

- Bauchschmerzen Selbst herbeigeführtes Erbrechen
 Schlaf Sättigung
 Umweltbedingt _____

16. Vor den Fressanfällen fühle ich mich gewöhnlich

- hungrig leer
 gelangweilt ängstlich
 allein verärgert
 Ich verspüre vorher ein unwiderstehliches Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln

17. Wie groß ist Ihre Angst, dick zu werden?

- Ich habe keine Angst groß
 gering sehr groß
 mäßig extrem groß

18. Mein Essverhalten finde ich _____ normal / nicht normal

19. Wie groß ist Ihre Angst, die Kontrolle über Ihr Essverhalten zu verlieren (mit dem Essen nicht mehr aufhören zu können)?

- Ich habe keine Angst groß
 gering sehr groß
 mäßig extrem groß

20. Ich finde mich

- viel zu dick etwas zu dick gerade richtig
 etwas zu dünn viel zu dünn

21. Wie regelmäßig ist Ihr Menstruationszyklus? Erste Periode mit _____ Jahren?

- sehr regelmäßig (± 3 Tage vor bzw. nach dem genauen Zeitpunkt)
 etwas unregelmäßig (Schwankungen um 4- 10 Tage)
 sehr unregelmäßig (Schwankungen um mehr als 10 Tage)
 habe seit _____ keine Periode mehr
 hatte noch nie eine Menstruation
 hormonelle Verhütung (Pille)

22. Haben Sie schon einmal Probleme mit Drogen oder Alkohol gehabt?

Falls ja, beschreiben Sie bitte wie viel und wie häufig Sie welche Drogen (incl. Schlaftabletten, Tranquilizer, Antidepressiva etc.) genommen haben:

23. Haben Sie häufige Stimmungsschwankungen? ja / nein

24. Haben Sie schon einmal versucht, sich körperlich zu verletzen (z.B. sich mit Zigaretten zu verbrennen, sich zu schneiden)? ja / nein

Beschreiben Sie: _____

25. Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch gemacht ja / nein
Beschreiben Sie: _____

26. Waren Sie schon einmal wegen Depressionen oder anderer psychischer Störungen
(z.B. Wahnvorstellungen o.ä.) in ärztlicher psychotherapeutischer Behandlung? ja / nein
Beschreiben Sie: _____

27. a) Haben Sie schon einmal (z.B. in einem Kaufhaus) gestohlen? ja / nein
b) Gab es rechtliche Folgen (Gerichtsverfahren/Gerichtsurteil)? ja / nein
28. Haben Sie derzeit eine Partnerbeziehung? ja / nein
Hatten Sie früher eine oder mehrere Partnerschaften ja / nein
29. Sind Sie berufstätig in Ausbildung arbeitslos?
30. Ich habe
 wechselnde Bekanntschaften, die mich nicht zufriedenstellen
 einige gute Freunde, auf die ich mich verlassen kann und mit denen ich offen über meine
Gefühle und Probleme sprechen kann
 insgesamt nur wenige Kontakte und bin meistens für mich allein
31. Die Beziehung innerhalb meiner Familie empfinde ich als
 eher harmonisch
 eher konfliktreich
32. Im Verhältnis zu meinen anderen Geschwistern wurde ich von meinen Eltern
 eher bevorzugt
 eher benachteiligt
 gleich behandelt
 ich habe keine Geschwister
33. Wohnen Sie
 mit den Eltern in einer gemeinsamen Wohnung?
 in einer eigenen Wohnung im Haus der Eltern?
 in einer eigenen Wohnung außerhalb des Hauses der Eltern?