

Fragebogen zur Erfassung der Therapiesituation von Menschen mit Essstörungen

Name _____

Datum: _____

Adresse _____

Telefon _____

Handy _____

e-mail _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____ Jahre

Körpergröße: _____ cm

aktuelles Körpergewicht: _____ Kg

bisher höchstes Gewicht: _____ Kg

bisher niedrigstes Gewicht: _____ Kg

persönliches Wunschgewicht: _____ Kg

aktueller BMI: _____ Kg/m²**1. Familienstand:** Single in fester Partnerschaft verheiratet getrennt geschieden verwitwet

Falls Sie in einer Partnerschaft leben, seit wann besteht diese? _____

Falls Sie Kinder haben, wie viele und wie alt sind die: _____, _____, _____, _____, _____

Falls Sie Geschwister haben, wie viele und wie alt sind die: _____, _____, _____, _____, _____

2. Wie ist ihre aktuelle Wohnsituation: allein wohnend mit Partner bei Eltern WG Studentenwohnheim andere (z.B. Heim etc.) _____**3. Schulabschluss:** Hauptschule Realschule Fach-/Abitur kein Abschluss Hochschule/Studium**4. Berufstätigkeit / Ausbildung:** Angestellte Beamte selbständig arbeitslos Hausfrau Schülerin Studentin Auszubildende Nebenjob nicht berufstätig

Berufsbezeichnung: _____

 Vollzeit TeilzeitKrankschreibung nein ja, seit _____**5. Angaben zur Gesundheit:**

Was sehen Sie als Ihr Problem?

 Anorexie Bulimie Binge Eating Adipositas

Wie lange haben Sie die Essstörung?

 bis zu einem Jahr 2 –3 Jahre 4- 5 Jahre länger als 6 Jahre

Leiden Sie unter einer anderen chronischen körperlichen Erkrankung?

nein ja, welche? _____

Leiden Sie unter einer anderen psychischen Erkrankung?

nein ja, welche? _____

Nehmen Sie dagegen irgendwelche Medikamente ein?

nein ja, welche _____

6. Angaben zu bisherigen Therapien:

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

1. Sind Sie zur Zeit in Behandlung? nein ja, bei _____

Wann haben Sie erstmals fachliche Hilfe wegen der Essstörung in Anspruch genommen? _____

2. Welche Behandlung der Essstörung?

Bitte ankreuzen und Behandler/in sowie Zeitraum der Behandlung angeben

1. Stationär _____

2. Stationär _____

Teilstationär _____

1. ambulante Psychotherapie _____

2. ambulante Psychotherapie _____

3. ambulante Psychotherapie _____

Hausarzt _____

Facharzt _____

Beratungsstelle _____

sonstiges (z.B. SHG) _____

4. Welche Therapie-/Behandlungsmaßnahmen wünschen Sie sich momentan?

stationär teilstationär ambulante Behandlung

5. Haben Sie bereits nach Unterstützung angefragt? Wo und in welchem Zeitraum wurde Ihnen ein Termin in Aussicht gestellt?

ja, bei _____ Termin in _____ nein

6. Wurden Sie von jemandem geschickt? ja, von _____ nein