

## Fragebogen Erstkontakt

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um Ihnen eine optimale individuelle Beratung und Therapie zu ermöglichen, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen gewissenhaft, ehrlich und ausführlich auszufüllen bevor Sie in unsere Sprechstunde kommen. Dieser Fragebogen stellt die Grundlage Ihrer Beratung dar. Inkomplett oder falsch ausgefüllte Fragebögen führen zu einer nicht optimalen oder auch falschen Beratung. Seien Sie ehrlich, es geht um Sie und Ihre Gesundheit.

### Motivation Ihres Kommens:

- ☐ Eigene Initiative    ☐ Hausarzt    ☐ Diabetologe    ☐ Krankenkasse  
☐ Von Freunden empfohlen    ☐ Selbsthilfegruppe    ☐ Basiskurs  
☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Familienstand:    ☐ ledig    ☐ Lebensgemeinschaft    ☐ verheiratet  
                         ☐ getrenntlebend    ☐ geschieden    ☐ verwitwet

Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Berufstätig:    ☐ Ja    ☐ Nein    ☐ Berufsunfähig    ☐ Erwerbsunfähig  
                         ☐ Hausfrau/-mann    ☐ Rente

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

☐ Teilzeit (<15h/Woche)    ☐ Teilzeit (16-34h/Woche)    ☐ Vollzeit >35h/Woche

☐ vorwiegend sitzend    ☐ vorwiegend stehend    ☐ abwechslungsreich    ☐ körperlich aktiv

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

☐ keine ☐ Hauptschule/Volksschule ☐ Realschule/Mittlere Reife ☐ Hochschulreife

☐ sonstige:

Haben Sie eine Berufsausbildung?

☐ keine ☐ noch in Ausbildung ☐ Fach-/Meister-/Technikerschule/lehre ☐ Hochschulreife

☐ sonstige:

### **Angaben zur Ihrer Gesundheit/Krankheit**

Gibt es andere Familienmitglieder die an massivem Übergewicht und/oder Adipositas erkrankt sind? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Großeltern

☐ Tanten ☐ Onkel ☐ Ihre Kinder ☐ Niemand

### **Entwicklung des Übergewichts/Adipositas:**

In welchem Alter wogen Sie am meisten? \_\_\_\_\_ Lebensjahr

Höchstes je erreichtes Gewicht? \_\_\_\_\_ kg

Wie viel wiegen Sie zurzeit? \_\_\_\_\_ kg

Übergewichtig seit welchem Lebensjahr? \_\_\_\_\_ Lebensjahr

Wie lautet Ihr Wunschgewicht? \_\_\_\_\_ kg

Welches Gewicht halten Sie für realistisch? \_\_\_\_\_ kg

Wie hat sich Ihr Übergewicht entwickelt? Seit wann beobachten Sie eine Gewichtszunahme?

---

---

---

Seit wann beobachten Sie eine Gewichtszunahme?

---

---

---

Wann ist Ihnen Ihr Gewicht das erste Mal bewusst geworden? Gab es ein besonderes Ereignis?

---

---

---

Was denken Sie, warum hatten Ihre bisherigen Gewichtsreduktionsversuche keinen nachhaltigen Erfolg?

---

---

---

### Herzkreislauf:

Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

- |  |                          |                            |                                      |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Schlaganfall   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                                      |
| Herzgefäßerkrankung (Angina pectoris, Myocardinfarkt, Stent) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                                      |
| periphere Gefäßerkrankung (pAVK)                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                                      |
| Arteriosklerose  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                                      |
| Bluthochdruck  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                                      |
| Erhöhte Blutfette  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiß ich nicht |
| Zuckerkrankheit  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiß ich nicht |

☐ Insulinpflichtig: Wie viele Insulin benötigen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_ i.E.

Sind Sie mit diesen Beschwerden in ärztlicher Behandlung?

- ☐ Ja ☐ Nein

### Atmung:

Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

- |   |                            |                                   |   |
|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| Luftnot in Ruhe                                   | <input type="radio"/> Ja   | <input type="radio"/> Nein        | <input type="radio"/> Weiss nicht             |
| Luftnot bei Belastung                             | <input type="radio"/> Ja   | <input type="radio"/> Nein        | <input type="radio"/> Weiss nicht             |
| Schlafapnoe (Atemaussetzer während des Schlafens) |                            |                                   |   |
| <input type="radio"/> Ja                          | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Weiss nicht | <input type="radio"/> Ich habe ein CPAP-Gerät |

Sind Sie mit diesen Beschwerden in ärztlicher Behandlung?

- ☐ Ja ☐ Nein

### Bewegungsapparat:

☐ Gelenkbeschwerden ☐ Arthrose ☐ Gonarthrose

Liegen bei Ihnen folgende Beschwerden vor?

- |                               |                          |                            |                                    |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Schmerzen im Rücken           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Gelegentlich |
| Schmerzen in der Hüfte        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Gelegentlich |
| Schmerzen in den Kniegelenken | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Gelegentlich |
| Schmerzen in Knöcheln/ Füßen  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Gelegentlich |

Sind Sie mit diesen Beschwerden in ärztlicher Behandlung?

- ☐ Ja ☐ Nein

**Sodbrennen:** ☐ nie ☐ selten ☐ häufig ☐ ich nehme Medikamente dagegen

**Bitte füllen Sie zusätzlich die Fragebogen auf Seite 9 aus.**

Andere Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

---



---



---

### Medikamente:

**Ich habe eine separate Medikamentenliste vom Hausarzt mitgebracht:** ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Vitamine oder Mineraltabletten ein? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Nehmen Sie Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Medikamentenname	Dosierung (wie oft ,wie viel?)	Grund für die Einnahme	Einnahme seit:

### Voroperationen/Vorbehandlungen:

Sind Sie schon einmal operiert worden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und welche Operation?

---



---

Haben oder hatten Sie ein Magenband? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten oder haben Sie einen Magenballon? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie einen Endobarrier? ☐ Ja ☐ Nein

### Ernährungsgewohnheiten:

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Kochen Sie zu Hause regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Stellt sich ein Sättigungsgefühl ein? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Wie viele Mahlzeiten essen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Wie viele Haupt-Mahlzeiten essen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Wie viele Neben-Mahlzeiten essen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Haben Sie Heißhungerattacken? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Was essen Sie besonders gern? \_\_\_\_\_

---

Essen Sie Fast Food? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Stehen Sie nachts zum Essen auf? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Trinken Sie Softdrinks? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Trinken Sie Alkohol? ☐ Täglich ☐ Mehrmals täglich ☐ 1x/Woche ☐ Mehrmals/Woche  
☐ Weniger als 1x/Monat ☐ Gelegentlich ☐ Nein

Nehmen Sie Drogen oder andere Rauschmittel? ☐ Täglich ☐ Mehrmals täglich  
☐ 1x/Woche ☐ Mehrmals/Woche ☐ Weniger als 1x/Monat ☐ Gelegentlich ☐ Nein

Nehmen Sie Abführmittel? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Erbrechen Sie sich häufig? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

**Bitte füllen Sie zusätzlich den Fragebogen zu Ihren Ernährungsgewohnheiten ab Seite 10 aus.**

Bitte nennen Sie alle Diäten, die Sie bis jetzt durchgeführt haben (*Eigenständig/ Hausarzt/Verhaltenstherapie/Krankenkasse/Kuren/stationäre Behandlungen*) mit Art der Diät, Dauer und Gewichtsverlust.

Eigenständige Diäten/ Krankenkassen/ Hausarzt			
Art der Diäten:	Zeitraum: von... bis ..	Gewichtsverlust	Ärztliche Begleitung
Diabetikerschulung			
Ernährungsberatung			
WeightWatcher			
Victoza			
Almased			
Brigitte-Diät			
Multimodale Therapiekonzepte			
Programm:	Zeitraum: von... bis...	Gewichtsverlust	Ort:
Optifast			
M.O.B.I.L.I.S.			
DocWeigh			

MobiDick			
<b>Kuren/ Reha-Maßnahmen</b>			
<b>Grund der Therapie:</b>	<b>Zeitraum: von ...bis...</b>	<b>Gewichtsverlust</b>	<b>Einrichtung/Praxis</b>
Rehazentrum Insula			

### Bewegungsgewohnheiten:

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? \_\_\_\_\_ Stunden

Wie viel Stunden verbringen Sie täglich am PC/Tablett? \_\_\_\_\_ Stunden

Treiben Sie derzeit Sport? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, gibt es einen Grund? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche Sportarten üben Sie aktuell aus?

Sportart	Regelmäßigkeit	Trainingseinheiten pro Woche	Minuten pro Trainingseinheit
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		

<b>Bewegungsnachweis mit professioneller Unterstützung</b>			
Art der Bewegung:	Zeitraum: von... bis ..	wo?	Gewichtsverlust
Reha-Sport			
Schwimmen			
Fitness Studio			
Turnverein			
<b>Eigenständige Bewegungsnachweis</b>			
Art der Bewegung:	wann + wie oft?	wo?	Gewichtsverlust

Nordic Walking			
Fahrradfahren			

Leiden Sie durch Ihr Übergewicht an seelischen oder sozialen Problemen, wenn ja wie?

---



---



---

Depression	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Weiß ich nicht
Erschöpfungssyndrom	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Weiß ich nicht
Persönlichkeitsstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Weiß ich nicht
Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Weiß ich nicht
Psychose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

Sind Sie mit diesen Beschwerden in ärztlicher Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich bin derzeit in Behandlung

Wenn ja, wann und wie lange waren Sie zuletzt in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung? \_\_\_\_\_

Wenn Sie derzeit in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung sind seit wann sind Sie in Therapie: \_\_\_\_\_

Wie viele Therapiesitzungen hatten Sie bereits? \_\_\_\_\_

Name und Telefon Ihres derzeitigen Therapeuten (*Diese Angabe ist freiwillig. Sollten Sie uns Ihren Therapeuten nennen, werden wir Ihren weiteren Behandlungsverlauf im Bedarfsfall mit diesem abstimmen. Gegebenenfalls wird es dafür notwendig sein, dass Sie Ihren Therapeuten insoweit von seiner Schweigepflicht entbinden.*):

---



---



---

Was erwarten Sie von Ihrer Vorstellung bei uns? Was denken Sie, sollte zur Gewichtsreduktion unternommen werden?







	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Atemprobleme oder Husteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

RSI - Wert (Total) \_\_\_\_\_



Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage). Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

Fragen 1 - 12: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf **die letzten 4 Wochen (28 Tage)** beziehen.

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
1. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
2. Haben Sie über längere Zeitspannen (8 Stunden oder mehr) überhaupt nichts gegessen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
3. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
4. Haben Sie <u>versucht</u> , festgelegte Regeln hinsichtlich Ihres Essens (z. B. eine Kaloriengrenze) zu befolgen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
5. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>leeren</u> Magen zu haben, mit dem Ziel, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
6. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>völlig flachen</u> Bauch zu haben?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
7. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
8. Hat das Nachdenken über <u>Figur oder Gewicht</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
9. Hatten Sie eine deutliche Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
10. Hatten Sie eine deutliche Angst, dass Sie an Gewicht zunehmen könnten?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
11. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
12. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6



Fragen 13- 18: Bitte tragen Sie die passende Zahl rechts daneben ein. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf **die letzten 4 Wochen (28 Tage)** beziehen.

**WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...**

13. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)? ..... Mal
14. In wie vielen dieser Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)? ..... Mal
15. An wie vielen **TAGEN** der letzten 28 Tage ist es vorgekommen, dass Sie eine ungewöhnlich große Nahrungsmenge gegessen haben und das Gefühl hatten, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben? ..... **Tage**
16. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? ..... Mal
17. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? ..... Mal
18. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage in einer "getriebenen" oder "zwanghaften" Weise Sport getrieben, um Ihr Gewicht, Ihre Figur oder den Körperfettanteil zu kontrollieren oder Kalorien zu verbrennen? ..... Mal

Fragen 19 - 21: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an. Bitte beachten Sie, dass für diese Fragen der Begriff "Essanfall" bedeutet, eine Nahrungsmenge zu essen, die andere Menschen unter ähnlichen Umständen als ungewöhnlich groß ansehen würden, begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten.

**WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...**

	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
19. An wie vielen der letzten 28 Tage haben Sie heimlich (d. h. im Verborgenen) gegessen? <b>(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

  

	niemals	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
20. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? <b>(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

  

	überhaupt nicht	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
21. Wie beunruhigt waren Sie während der letzten 28 Tage, wenn andere Menschen Sie essen sahen? <b>(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)</b>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6



Fragen 22 - 28: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl rechts daneben an. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten **4 Wochen (28 Tage)** beziehen.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE)...	über- haupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
22. Hat Ihr <b>Gewicht</b> einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
23. Hat Ihre <b>Figur</b> einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
24. Wie stark hätte es Sie aus der Fassung gebracht, wenn Sie aufgefordert worden wären, sich in den nächsten vier Wochen einmal pro Woche zu wiegen (nicht mehr oder weniger häufig)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
25. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <b>Gewicht</b> ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
26. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrer <b>Figur</b> ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
27. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
28. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn andere Ihre Figur gesehen haben (z. B. in Gemeinschaftsumkleideräumen, beim Schwimmen oder beim Tragen enger Kleidung)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6