

FRAGEBOGEN FÜR PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN

Guten Tag

Dieser Fragebogen soll dazu dienen, Sie genauer kennenzulernen.

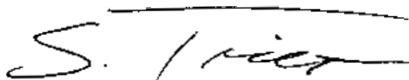
Indem Sie ihn so sorgfältig wie möglich ausfüllen, helfen Sie uns, Ihnen sowohl im ambulanten Vorgespräch als auch während der stationären Behandlung gerecht zu werden.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Dieser Fragebogen kann elektronisch am Computer ausgefüllt und abgespeichert oder von Hand beschrieben werden. Aus Datenschutzgründen empfehlen wir Ihnen, ihn auszudrucken und per Briefpost, also nicht per E-Mail, an die folgende Adresse zu senden:

Ärztliche Direktion
Privatklinik Aadorf
Fohrenbergstrasse 23
8355 Aadorf

Freundliche Grüsse



Dr. med. Stephan N. Trier, M.H.A.
Klinik- und Ärztlicher Direktor
der Privatklinik Aadorf

Klinik Aadorf AG
Fohrenbergstrasse 23
CH-8355 Aadorf
Tel. +41 (0)52 368 88 88
Fax +41 (0)52 368 88 99
www.klinik-aadorf.ch
info@klinik-aadorf.ch

Bitte am Computer oder von Hand in Blockbuchstaben ausfüllen.

Datum

PERSONALIEN

Name (ggf. lediger Name) und Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Strasse

Kanton

PLZ

Ort

Tel. Nr. privat/mobil

Tel. Nr. Geschäft

Grundversicherung

Versicherungsnr.

Zusatzversicherung

Versicherungsnr.

Versichertenstatus:

Allgemein

Allgemein Zusatz «ganze Schweiz»

Halbprivat

Privat

Name, Adresse, Tel. Nr. des zuweisenden Arztes

Name, Adresse, Tel. Nr. des Hausarztes

FRAGEN ZUR PERSON

1 Zivilstand

Kinder

2 Beruf/Tätigkeit

3 Besteht eine Partnerbeziehung?

ja nein

3.1 Wenn ja, seit wann?

4 Wie wohnen Sie zur Zeit?

4.1 Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt?

5 Wer kam im letzten halben Jahr für Ihren Lebensunterhalt auf?

6 Wie lange und zu wieviel Prozent waren Sie im letzten halben Jahr krank bzw. arbeitsunfähig?

6.1 Sind Sie momentan krankgeschrieben?

ja nein

7 Wo sind Sie bis zum Ende des 14. Lebensjahres überwiegend aufgewachsen?

- 8 Welche Bezugspersonen waren im Verlauf Ihrer Entwicklung für Sie besonders bedeutsam?
(Bitte ordnen Sie diese nach der Bedeutsamkeit für Sie.)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

- 9 Berufe der Eltern
Genauere Bezeichnung des Berufs des Vaters

Genauere Bezeichnung des Berufs der Mutter

- 10 Haben Sie Geschwister?

ja nein

- 10.1 Älter – jünger als Sie?

11 Fragen zu Ihrer Essstörung

Schildern Sie bitte:

11.1 Ihr aktuelles Essproblem

11.2 Dessen Entstehungsgeschichte

**11.3 Auftretende Probleme, die damit in Zusammenhang stehen
(Partnerschaft, Beruf, Familie, Sexualität usw.)**

12 Angaben zu Grösse und Gewicht

- 12.1 Ihre Körpergrösse cm
- 12.2 Ihr derzeitiges Körpergewicht kg
- 12.3 Höchstes Körpergewicht kg In welchem Alter?
- 12.4 Niedrigstes Körpergewicht kg In welchem Alter?
-

13 Haben Sie:

13.1 Essanfälle?

ja nein

13.2 Wenn ja wie oft pro Woche?

13.3 Seit wann?

13.4 Wenn ja, schildern Sie bitte ausserdem Anlässe und Befindlichkeiten vor und nach dem Anfall.

13.5 Ess-Brechanfälle?

ja nein

13.6 Wenn ja wie oft pro Woche?

13.7 Seit wann?

13.8 Wenn ja, schildern Sie bitte ausserdem Anlässe und Befindlichkeiten vor und nach dem Anfall.

- 14 Führen Sie nach einem Essanfall Massnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder Diäten durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen?
 ja nein

14.1 Wenn ja welche Massnahmen?

- 15 Das Wievielfache des «normalen» Tagesbedarfs an Nahrungsmitteln nehmen Sie derzeit schätzungsweise zu sich?

- 16 Bemühen Sie sich, Ihr Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze zu halten?
 ja nein

16.1 Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? kg

17 Was tun Sie, damit Sie nicht zunehmen?

- 18 Welches Gewicht hätten Sie gerne, einmal völlig abgesehen von Meinungen und Ratschlägen anderer? kg

19 Wie häufig haben Sie sich im letzten halben Jahr durchschnittlich gewogen?

20 Wie oft denken Sie an das Essen?

- 21 Schämen Sie sich oder haben Sie Schuldgefühle wegen Ihren Essgewohnheiten?
 ja nein

22 Haben Sie ein Gefühl für Hunger und/oder Sättigung?
 ja nein

- 23 Fürchten Sie sich davor, dick zu werden?
 ja nein

24 Sind Sie Ihrer Meinung nach im Augenblick:

- stark übergewichtig?
 stark untergewichtig?
 normalgewichtig?
-

25 Wie finden Sie Ihren Körper?

26 Wie ist Ihre Einstellung zu körperlicher Aktivität/Sport?

27 Bewegen Sie sich körperlich häufig oder treiben Sie regelmässig Sport?

- ja nein

27.1 Wenn ja, was und wie oft/wie lange?

28 Fühlen Sie sich unwohl, wenn Sie sich körperlich nicht bewegen bzw. keinen Sport treiben?

- ja nein
-

29 Wie leicht fallen Ihnen die folgenden Verhaltensweisen:

29.1 Die Fähigkeit, sich zu entspannen
 leicht nicht leicht schwer

29.2 Das Erkennen eigener Bedürfnisse
 leicht nicht leicht schwer

29.3 Das Äussern von Gefühlen/Wünschen
 leicht nicht leicht schwer

29.4 Das Durchsetzen eigener Interessen oder Wünsche
 leicht nicht leicht schwer

29.5 Die Fähigkeit, «Nein» zu sagen
 leicht nicht leicht schwer

30 Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Periode bekamen? Jahre

31 Haben Sie derzeit Ihre Periode?

ja nein

32 Sind Sie körperlich misshandelt worden?

ja nein

33 Haben Sie eine Form des sexuellen Missbrauchs erlebt?

ja nein

34 Welche der folgenden psychischen (seelischen) Probleme liegen bei Ihnen vor:

Depressionen

Ängste

Zwänge

Minderwertigkeitsgefühle

Selbstmordgedanken

Andere (welche?):

35 Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt?

ja nein

35.1 Wenn ja, wie oft ca.?

35.2 Wie oft davon in den letzten zwei Jahren?

35.3 Wann zuletzt?

35.4. Beschreiben Sie uns bitte einige typische Situationen, bei denen es zu Selbstverletzungen kam? (Wie, warum, womit und an welchen Körperteilen.)

36 Haben Sie schon einen Selbstmordversuch unternommen?

ja nein

36.1 Wenn ja, wie viele?

36.2 Wie?

36.3 Wieviele davon in den letzten zwei Jahren?

36.4 Wann zuletzt?

37 Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder früherer Probleme in stationärer Behandlung?

ja nein

37.1 Wenn ja wo?

37.2 Wann?

38 Haben Sie derzeit körperliche Beschwerden oder Erkrankungen?

ja nein

38.1 Wenn ja, welche?

39 Welche der folgenden Substanzen nehmen Sie/nahmen Sie **regelmässig** zu sich? Oder waren Sie/sind Sie abhängig von einer oder mehrer dieser Substanzen?

- Alkohol
- Medikamente

Wenn ja, welche?

- Haschisch/Marihuana
- Sonstige Drogen

Wenn ja, welche?

40 Welche Medikamente (inkl. Abführmittel aller Art, Appetitzügler, Antibabypille, Hormon- und Vitaminpräparate) nehmen Sie zur Zeit (in welcher Dosierung)?

Name des Medikaments	Dosierung
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

41 Welche der folgenden Genussmittel oder Stoffe und in welcher Menge täglich nehmen Sie zu sich?

- Kaugummi
 - Kaffee
 - Schwarzer Tee
 - Alkohol
(Bier/Wein/Sekt/Spirituosen)
 - Zigaretten
-

42 Sind Sie mit der Art Ihrer Freizeitgestaltung zufrieden?

- ja nein
-

43 Beschäftigen Sie sich häufig mit dem Sinn des Lebens?

- ja nein
-

44 Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

1.
2.
3.

45 Hatten Sie schon einmal Kontakt mit unserer Klinik aufgenommen?
 ja nein

45.1 Wenn ja, wie und wann?

46 Auf wessen Veranlassung hin haben Sie sich hauptsächlich an unsere Klinik gewandt?

47 Weshalb haben Sie sich gerade jetzt an unsere Klinik gewandt?

48 Wie sind Ihre Ziele, Erwartungen und Wünsche an Ihren Aufenthalt in unserer Klinik?

49 Beschreiben Sie einen für Ihre jetzige Situation typischen Tagesablauf, vor allem bezogen auf Ihr Essverhalten.

Verwenden Sie dazu bitte die untenstehende Tabelle.

Uhrzeit	Nahrungsmittel	Menge (ca.)	Würz- und sonstige Zusatzstoffe	Wo? (Ort und Tätigkeit)	Verhaltensweisen in Verbindung mit dem Essen, z. B. Erbrechen, Sport