

(Teilnehmer/in und Anschrift)

Erklärung zur Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten unter Wahrung der Schweigepflicht im Rahmen des **AdiPosiFit** - Programms innerhalb des Teams weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

(Teilnehmer/in und Anschrift)

Abtretungserklärung – Zur Vorlage bei der Krankenkasse

für das Schulungsprogramm **AdiPosiFit**

Anerkannt im Rahmen des § 43 SGB V

Hiermit erkläre ich, dass ich meine Ansprüche an der Kostenerstattung durch Sie, meine Krankenkasse, für das Schulungsprogramm **AdiPosiFit** an die Schulungsleitung des Programms, Herrn Dr. Andreas Šoljan, verbindlich abtrete.

Herr Dr. Šoljan informiert Sie darüber, dass die AOK Rheinland/ Hamburg der Patientenschulung die Gebührenposition **411 516** zugewiesen hat.

Das zu Ihrer Kenntnis.

Ort, Datum

Unterschrift

IKK classic
RD Düsseldorf-Neuss
Postfach 10 10 48
40001 Düsseldorf

Versicherte(r):
KV-Nr.:
VWST:

Antrag auf Kostenbeteiligung an einer Patientenschulung

Ich beantrage eine Kostenbeteiligung für folgendes Schulungsprogramm:

Name und Adresse des Leistungsanbieters:

Die Schulung wird beantragt für

mich selbst mein Kind _____ geb. am _____

Voraussichtlicher Schulungsbeginn _____

Voraussichtliches Schulungsende _____

Haben Sie oder Ihr Kind in den letzten 4 Jahren bereits an einer Schulung teilgenommen?
(ggf. auch während der Durchführung einer stationären Vorsorge oder Rehabilitation)

nein ja, ich habe bereits an einer Schulung teilgenommen

ja, mein Kind hat bereits an einer Schulung teilgenommen

Name der Schulung _____

Einverständniserklärung:

Ich entbinde den mich behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte der IKK classic, alle für die Beurteilung meines Antrages auf Kostenbeteiligung für eine Patientenschulung erforderlichen Angaben (einschließlich der von Dritten) zu erheben und zu verwenden. Soweit sich aus den Unterlagen Erkenntnisse ergeben, dass weitere Ärzte oder Stellen über Angaben verfügen, die für die Beurteilung relevant sind, dürfen Sie von der IKK classic angefordert und verwendet werden. Ich weiß, dass ich der Übermittlung der Angaben von einem Leistungsträger an die IKK classic widersprechen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r)

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Ort, Datum

Telefonnummer *

Unterschrift Versicherte(r)

Hinweis zum Datenschutz

Die Erhebung der Daten ist zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 43 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Die mit * gekennzeichneten Daten sind freiwillige Angaben. Jeglicher Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit bei der IKK classic widersprechen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger IKK classic		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr. 33461466	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Ärztliches Attest: über die medizinische Notwendigkeit der Patientenschulung
AdiPosiFit**

1. Anamnese
Beschwerden des Patienten

2. Schulungsbedürftigkeit – medizinische Befunderhebung

A. Schulungsrelevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Nach ICD 10

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Der Patient ist wegen dieser Erkrankung in Dauerbehandlung seit: _____

Hinweis: Eine „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn die/der Versicherte mindestens ein Jahr lang vor Ausstellen diesem ärztlichen Attests jeweils wenigstens einmal im Quartal wegen derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung war oder eine andere medizinische Behandlung oder ärztliche Überwachung der Krankheit oder Therapie notwendig war und dies weiterhin ist.

B. Die Schulung ist aus nachfolgend genannten Gründen medizinisch notwendig:

C. Welche Behandlungen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

D. Wurde innerhalb der letzten 4 Jahre eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, erfolgte während der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung eine Schulung zur oben genannten

Diagnose? ja nein

E. Die bisher durchgeführten Behandlungen sind aus folgenden Gründen nicht ausreichend:

F. Eine Rehabilitationsmaßnahme ist nicht angezeigt, weil

2.1 Zusätzliche Angaben für Kinder und Jugendliche mit Adipositas:

A. Schweregrad des Übergewichts:

- BMI über der 99,5 Perzentile (extreme Adipositas)
 BMI zwischen der 97. Perzentile und 99,5. Perzentile (Adipositas)
 BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile (Übergewicht)

B. Bestehen Risikofaktoren?

- nein ja, und zwar Folgende:
 Insulinresistenz Hypercholesterinämie familiäre Belastung:
 Sonstige:

C. Bestehen Begleiterkrankungen?

- nein ja, und zwar Folgende:
 Diabetes mellitus Typ 2 Syndrom der polyzystischen Ovarien arterielle Hypertonie
 vorzeitige Pubertätsentwicklung gestörte Glukosetoleranz
 orthopädische Erkrankung:

D. Ist das Übergewicht auf eine Erkrankung zurückzuführen (z.B. Prader-Willi-Syndrom)?

- nein ja, und zwar Folgende:

2.2 Zusätzliche Angaben für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem

A. Das Ekzem besteht mindestens seit drei Monaten:

- ja nein

B. Es wurde bereits eine fachärztlich (pädiatrisch und/oder dermatologisch) Therapie durchgeführt:

- ja nein

C. Der SCORAD weist trotz der fachärztlichen Behandlung nach wie vor einen Wert von > 20:

- ja nein

3. Schulungsfähigkeit

Der Patient und ggf. mit teilnehmende Angehörige (z.B. Eltern, Bezugspersonen) verfügt über eine ausreichende Motivation zur aktiven Teilnahme:

ja nein

3.1 Zusätzliche Angaben bei Patientenschulungen für Kinder und Jugendliche

A. Der Patient verfügt über die notwendigen kognitiven Voraussetzungen (z.B. Lernbereitschaft, Lernfähigkeit):

ja nein

B. Der Patient verfügt über die erforderliche Gruppenfähigkeit:

ja nein

C. Der Patient verfügt über ausreichende Sprachkenntnisse:

ja nein

4. Schulungsprognose

Es besteht eine positive Schulungsprognose hinsichtlich der Erreichbarkeit der festgelegten Schulungsziele innerhalb der vorgesehenen:

ja nein

5. Sonstige Angaben

A. Besondere Hinweise:

B. Vorliegende Befundberichte:

sind beigelegt sind nicht beigelegt weil _____

C. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

Ort, Datum

Vertragsarztstempel und Unterschrift der/s Ärztin/Arztes

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01620 EBM berechnungsfähig.

AdiPosiFit **Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung**
im Rahmen der Patientenschulung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Adresse der zuständigen Krankenkasse

Antrag von Hausarzt auszufüllen
Original zurück an Adiposifit
Adresse der Patientenschulung – siehe oben

Für Rückfragen:
Tel. 01573 - 0784344 oder 0211-9233063

IK Nr. 490 513 146 Geb.Pos. 411 516

Name des Versicherten _____ Vorname _____
Geb. am _____ Geschlecht w m
Anschrift _____

Versicherten-Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des behandelnden Arztes: _____
Telefon _____
Diagnose(n)
 Körpergewicht _____ kg bei einer Körpergröße von _____ cm = BMI von _____ kg/qm
 mit der Adipositas zusammen hängende behandlungsbedürftige Krankheiten und/oder Risikofaktoren:

Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien
Motivation ausreichend vorhanden? Ja nein
Mein/e oben genannte/r Patient/in erfüllt aus ärztlicher Sicht die Teilnahmevoraussetzungen für **AdiPosiFit**.
Sie /er ist körperlich in der Lage, an einem Bewegungsprogramm teilzunehmen.
Sie/er leidet nicht an einem Diabetes Typ1, hat keinen Leber- und Nierenschaden mit Indikation zur Eiweißrestriktion und nimmt keine Psychopharmaka, Abmagerungsmittel und/oder Appetitzügler ein. Sie/er leidet auch nicht an einer Essstörung (Bulimie, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder) und hat sich des weiteren keiner chirurgischen Magenverkleinerung unterzogen. Ferner ist sie/er in den letzten 5 Jahren an keinem Malignom erkrankt bzw. sie/er ist mindestens 5 Jahre krankheitsfrei bei Zustand nach Malignom.
Für den Fall, dass o.g. Patien/in Typ2-Diabetiker/in ist: Sie/er leidet nicht an diabetischem Fußsyndrom ab Stadium 1 (oberflächliche Defekte), Polyneuropathien und schwerer diabetischer Retinopathie (visus unter 0,1 oder frische Blutungen am Augenhintergrund).
Bitte den Text anpassen, sodass er zutrifft. (ggf. Rückseite nutzen).

Datum

Unterschrift / Arztstempel

Medizinische Werte für die Patientenschulung

erhoben durch den Haus-/Facharzt

AdiPosiFit

Name / Vorname: _____

EG

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,

wir sind eine vom MDK NO anerkannte Patientenschulung und erbitten für Ihre/n Patient/in die nachfolgenden Werte. Da die Maßnahme als Studie läuft, werden diese Daten am Anfang, zur Mitte, am Ende und nach 1 und 2 Jahren erneut erbeten. Sie können die Untersuchung mit der Krankenkasse abrechnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Bei Fragen rufen Sie uns gerne an.

zu BEGINN der Maßnahme		DATUM	
Körpergröße (in cm)		LDL-Chol. (mg/dl)	
Gewicht		Triglyzeride (mg/dl)	
BMI		Kreatinin (mg/dl)	
Blutdruck		Harnsäure (mg/dl)	
Bauch-/Hüftumfang		GPT (U/l)	
HB (mg/dl)		Gamma-GT (U/l)	
Leuko		TSH (yU/ml)	
Glukose(mg/dl)		Kalium (mmol/l)	
HbA1c-Wert		Natrium (mmol/l)	
Cholesterin (mg/dl)		Diabetes Typ	
HDL-Chol. (mg/dl)		BiA	
Andere Erkrankungen			
Sonstige Mitteilung			

Unterschrift und Stempel des Arztes

AdiPosiFit Aufnahme Teilnehmer*innen

*Bitte füllen Sie die folgenden Felder lesbar und sorgfältig aus und senden Sie sie mit den anderen Unterlagen an die Praxis zurück, zu Hd. Frau Petra Carstens. Die Informationen sind wichtig für die weiteren Schritte der problemlosen und zeitnahen **AdiposiFit**-Therapiebeantragung. Deshalb sind genaue Anschriften wichtig.*

Name	Vorname	Geb.-Datum
Straße		PLZ/ Ort
Familienstand		Kinder Alter m/w
Tel. Privat		Tel. Beruf
Mobil:		Fax
Mailadresse:		
Ausbildung		Berufliche Tätigkeit
Hausarzt, bitte mit genauer, lesbarer Anschrift & Namen		Ggf. überweisender Arzt <small>genaue Anschrift und Namen</small>
Krankenkasse		Sitz/Adresse Krankenkasse <small>genaue Anschrift</small>
Wie kann man Sie am besten informieren und/ oder erreichen?		
Raum für eigene wichtigen Anmerkungen		

Vielen Dank für Ihre Mithilfe Dr. Šoljan

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

ich möchte mit diesem Fragebogen einen kurzen, aber umfassenden Eindruck über Ihre Lebensgeschichte erhalten. Durch das vollständige und genaue Ausfüllen der folgenden Seiten beschleunigen Sie die Behandlung und die ganzen Formalia für die Beantragungen der **AdiPosiFit-Gruppentherapie**. Ihre Antworten sind persönlicher Natur und werden von mir absolut vertraulich behandelt. Weder Außenstehende, noch ihre nahen Verwandten oder der Hausarzt, erhalten ohne Ihre Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen. Sofern der Platz zur Beantwortung nicht ausreicht, verwenden Sie bitte die Rückseiten der Blätter.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Dr. Andreas Šoljan

Bogen ausgefüllt am _____._____.20_____

I. Persönliches

Name: _____ Vorname: _____

Geb. am: _____ in: _____ - _____

Alter _____ Geschlecht: männlich⁽¹⁾ weiblich⁽²⁾

Familienstand: ledig⁽¹⁾ geschieden⁽²⁾ verwitwet⁽³⁾ verpartnert⁽⁴⁾ verheiratet⁽⁵⁾

Anzahl der Kinder: _____

Straße: _____ PLZ+Wohnort: _____

Telefon(Festnetz): _____ Telefon-Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf Angestellt⁽¹⁰⁾ Selbständig⁽¹¹⁾ Beamtet⁽¹²⁾ Pauschalkraft⁽¹³⁾
 Haushaltsführend⁽¹⁴⁾ Arbeitslos⁽¹⁵⁾

Höchster schulischer Abschluss: kein Abschluss⁽¹⁶⁾ Abschluss Kl. 10⁽¹⁷⁾ Mittlere Reife⁽¹⁸⁾
 (Fach)-Abitur⁽¹⁹⁾ Studium⁽²⁰⁾

Aktuelle Größe: _____ in cm Aktuelles Gewicht _____ in kg

Hausarzt: _____ ggf. überwiesen von _____

Name der Krankenkasse: _____

Rentenantrag gestellt? Nein⁽⁰⁾ ja⁽¹⁾, bei wem? _____

II. Fragen zur Familie

Vater – Alter: ____ Gesundheitszustand (aktuell): gut⁽¹⁾ schlecht⁽²⁾ weiß nicht⁽⁻⁷⁷⁾
 Falls verstorben, wann, woran: _____

Mutter – Alter: ____ Gesundheitszustand (aktuell): gut⁽¹⁾ schlecht⁽²⁾ weiß nicht⁽⁻⁷⁷⁾
 Falls verstorben, wann, woran: _____

Familiäre Atmosphäre (Beziehung zum Vater) gut⁽¹⁾ schlecht⁽²⁾ weiß nicht⁽⁻⁷⁷⁾

Familiäre Atmosphäre(Beziehung zur Mutter) gut⁽¹⁾ schlecht⁽²⁾ weiß nicht⁽⁻⁷⁷⁾

Anzahl der Geschwister: _____

Beziehung zu Ihrem/n Bruder/Brüdern: gut⁽¹⁾ schlecht⁽²⁾ weiß nicht⁽⁻⁷⁷⁾

Beziehung zu Ihrer/n Schwester/Schwestern: gut⁽¹⁾ schlecht⁽²⁾ weiß nicht⁽⁻⁷⁷⁾

III. Fragen zur Gesundheit

Gesundheitszustand während der Kindheit: gut₍₁₎ schlecht₍₂₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Operationen bis einschl. 17. LJahr Nein₍₀₎ Ja₍₁₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Wenn ja, welche? _____

Unfälle bis einschl. 17. LJahr Nein₍₀₎ Ja₍₁₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Wenn ja, welche? _____

Operationen ab dem 18. LJahr Nein₍₀₎ Ja₍₁₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Wenn ja, welche? _____

Unfälle ab dem 18. LJahr Nein₍₀₎ Ja₍₁₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? Nein₍₀₎ Ja₍₁₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

Bluthochdruck Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Erhöhte Blutfette Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Zuckerkrankheit Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Herzkrankheiten Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Lungenkrankheiten Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

erhöhte Harnsäure / Gicht Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Schmerzen im Rücken Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Schmerzen in der Hüfte Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Schmerzen in Kniegelenken Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Schmerzen in Knöcheln/Füßen Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Luftnot bei leichter Belastung Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Luftnot in Ruhe Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Depressionen Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

unkontrollierter Urinabgang Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Haben Sie eine Schlafapnoe? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Wie viele Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? keine₍₀₎ _____ (Anzahl)

Bitte tragen Sie die Namen der Medikamente ein;
die am häufigsten verwendeten tragen Sie bitte zuerst ein:

Medikament A _____
 Medikament B _____
 Medikament C _____
 Medikament D _____
 Medikament E _____
 Medikament F _____

Leidet aus Ihrer Familie jemand an massivem Übergewicht?

Mein Vater	<input type="radio"/> = Nein ₍₀₎	<input type="radio"/> = Ja ₍₁₎	<input type="radio"/> =weiß nicht ₍₀₎
Meine Mutter	<input type="radio"/> = Nein ₍₀₎	<input type="radio"/> = Ja ₍₁₎	<input type="radio"/> =weiß nicht ₍₀₎
Geschwister	<input type="radio"/> = Nein ₍₀₎	<input type="radio"/> = Ja ₍₁₎	<input type="radio"/> =weiß nicht ₍₀₎
Großeltern	<input type="radio"/> = Nein ₍₀₎	<input type="radio"/> = Ja ₍₁₎	<input type="radio"/> =weiß nicht ₍₀₎
Mein(e) Tante(n)	<input type="radio"/> = Nein ₍₀₎	<input type="radio"/> = Ja ₍₁₎	<input type="radio"/> =weiß nicht ₍₀₎
Mein(e) Onkel	<input type="radio"/> = Nein ₍₀₎	<input type="radio"/> = Ja ₍₁₎	<input type="radio"/> =weiß nicht ₍₀₎

Was essen Sie besonders gern? (z.B. Süßigkeiten; Nudelgerichte; Fast Food etc.)

-
-
-

Was essen Sie ungern? (z.B. s.o.)

-
-
-

Was bedeutet Essen für Sie? (z.B. Entspannung...?)

-
-
-

Haben Sie Heißhungeranfälle? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Kochen Sie zu Hause regelmäßig? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Gibt es regelmäßige Mahlzeiten? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Essen Sie Fast Food? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Trinken Sie Softdrinks? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Wenn ja, welche?

-
-
-

Stehen Sie nachts zum Essen auf? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Rauchen Sie? nein₍₀₎ ja₍₁₎ _____ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Sind Sie nach dem Essen richtig satt? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Essen Sie Süßigkeiten? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Welche Süßigkeiten essen Sie am liebsten?

.....
.....

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern?(Stunden pro Tag)

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport?(Stunden pro Woche)

Wenn Sie keinen Sport treiben, aus welchen Gründen?

.....
.....

Ernähren Sie sich gesund? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Wie viele **Diäten** haben Sie in Ihrem Leben bisher durchgeführt?.....(**geschätzte Anzahl**)

Bitte nennen Sie **alle Diäten**, die Sie bisher durchgeführt haben (*Bitte fangen Sie mit der zuletzt durchgeführten Diät an und gehen Sie chronologisch rückwärts*):

Diät: wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät: wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät: wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät: wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät: wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät: wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät: wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Diät: wie viele Wochen? Gewichtsverlust:kg

Haben Sie eine **Diät mit dem Hausarzt oder der Krankenkasse** durchgeführt?

(*Hierunter fallen keine stationären Behandlungen oder Kuraufenthalte. Bitte fangen Sie mit der zuletzt durchgeführten Diät an und gehen Sie chronologisch rückwärts*)

mit wem?:..... wie viele Wochen? Gewichtsverlust: kg

mit wem?:..... wie viele Wochen? Gewichtsverlust: kg

mit wem?:..... wie viele Wochen? Gewichtsverlust: kg

Haben Sie **stationäre Behandlungen/ Kuren** zur Gewichtsreduktion durchlaufen? (*Bitte fangen Sie mit der zuletzt durchgeführten Kur/Behandlung an und gehen Sie chronologisch rückwärts*)?

Klinik: wie viele Wochen? Gewichtsverlust: kg

Klinik: wie viele Wochen? Gewichtsverlust: kg

Klinik: wie viele Wochen? Gewichtsverlust: kg

Leiden Sie durch Ihr Übergewicht an seelischen oder sozialen Problemen? nein₍₀₎ ja₍₁₎
Wenn ja, bitte nennen Sie diese und beginnen Sie mit dem wichtigsten Problem

.....

.....

.....

.....

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? nein₍₀₎ ja₍₁₎

Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? nein₍₀₎ ja₍₁₎

Hat Ihr Hausarzt Verständnis für Ihr Vorhaben? nein₍₀₎ ja₍₁₎

IV. Beruflicher Status

(Nur auszufüllen, wenn aktuell beschäftigt)

	NEIN ₍₀₎	JA ₍₁₎
Sind Sie mit Ihrer jetzigen Stellung zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie zu Vorgesetzten eine gute Beziehung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie zu Kollegen eine gute Beziehung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie jemals wegen Betriebsaufgabe entlassen worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie aufsteigen und sich verbessern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie unregelmäßige Arbeitszeit oder Schichtdienst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine finanzielle Lage: sehr gut₍₁₎... zufrieden₍₂₎... knapp₍₃₎... reicht nicht₍₄₎

V. Fragen zur Ehe/ Beziehung

(Nur auszufüllen, wenn aktuell in einer Partnerschaft)

Wie lange sind Sie verheiratet/befreundet? _____ Jahre

Leidet Ihr Partner/Ihre Partnerin an massivem Übergewicht? = Nein₍₀₎ = Ja₍₁₎ =weiß nicht₍₀₎

Hat Ihr Partner ein Problem damit, dass Sie übergewichtig sind? Nein₍₀₎ Ja₍₁₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Unterstützt Ihr Partner Sie bei dem Vorhaben, abzunehmen? Nein₍₀₎ Ja₍₁₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Gibt es eine gemeinsame Freizeit- und Urlaubsgestaltung? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

Haben Sie in Ihrer Ehe/ Partnerschaft persönlichen Freiraum? Nein₍₀₎ Selten₍₁₎ gelegentlich₍₂₎ (fast) immer₍₃₎ weiß nicht₍₋₇₇₎

VI. Wohnung, Freizeit, Gewohnheiten

Wie viele Personen leben insgesamt (mit Ihnen) in Ihrem Haushalt? _____ Personen

	NEIN ₍₀₎	JA ₍₁₎
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Wohnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie gute Kontakte zu Ihrer Nachbarschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Ihnen Schulbesuche, Freizeit und Einkauf möglich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekommen Sie oft Besuch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mögen Sie Besuch oder Ausgehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Üben Sie Hobbies aus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fahren Sie jährlich in Ferien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie sportliche Neigungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Drogen ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche (bitte auflühren)? _____		

VII. Selbstbeurteilung

Schließen Sie schnell Freundschaften?	<input type="radio"/> Nein ₍₀₎	<input type="radio"/> Ja ₍₁₎
Halten Ihre Freundschaften lange an?	<input type="radio"/> Nein ₍₀₎	<input type="radio"/> Ja ₍₁₎

Bitte kreuzen Sie alle Beschwerden an, die Sie haben:

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Beruhigungsmedikamente	<input type="checkbox"/> unfähig, intensive Freundschaften zu schließen
<input type="checkbox"/> Verspannungen	<input type="checkbox"/> Konflikte	<input type="checkbox"/> unfähig, Entscheidungen gut zu treffen
<input type="checkbox"/> Schwächeperioden	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> kann Arbeit nicht lange behalten
<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Alkoholsucht	<input type="checkbox"/> mag keine Wochenenden und Ferien
<input type="checkbox"/> Magenstörungen	<input type="checkbox"/> Spannungsgefühle	<input type="checkbox"/> habe Schwierigkeiten, mich zu amüsieren
<input type="checkbox"/> Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> nehme Drogen	<input type="checkbox"/> kann mich anderen Menschen nicht mitteilen
<input type="checkbox"/> Verdauungsstörung	<input type="checkbox"/> Selbstmordwunsch	
<input type="checkbox"/> Atembeklemmung	<input type="checkbox"/> kann nicht entspannen	
<input type="checkbox"/> Hitzewellen	<input type="checkbox"/> zu ehrgeizig	
<input type="checkbox"/> Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/> zu schüchtern	
<input type="checkbox"/> sexuelle Probleme	<input type="checkbox"/> nehme oft Schmerztabletten	
<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Minderwertigkeitskomplexe	
<input type="checkbox"/> Gedankenrasen	<input type="checkbox"/> schlechte Familienverhältnisse	
<input type="checkbox"/> Panikgefühle	<input type="checkbox"/> Gedächtnisschwächen	

Datum:.....

Unterschrift:

Und noch einmal vielen Dank für Ihre Sorgfalt und Ihre Mühen. Dr. Šoljan

E. D. E. – B o g e n

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 umkreisen Sie die zutreffende Zahl rechts daneben. 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)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Haben Sie über längere Zeitspannen (8 Stunden oder mehr) überhaupt nichts gegessen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	0	1	2	3	4	5	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)?	0	1	2	3	4	5	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)?	0	1	2	3	4	5	6
5. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>leeren</u> Magen zu haben, mit dem Ziel, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	0	1	2	3	4	5	6
6. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>völlig flachen</u> Bauch zu haben?	0	1	2	3	4	5	6
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)?	0	1	2	3	4	5	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)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Hatten Sie eine deutliche Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?	0	1	2	3	4	5	6
10. Hatten Sie eine deutliche Angst, dass Sie an Gewicht zunehmen könnten?	0	1	2	3	4	5	6
11. Haben Sie sich dick gefühlt?	0	1	2	3	4	5	6
12. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	0	1	2	3	4	5	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. <u>Wie oft</u> haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als <u>ungewöhnlich groß</u> 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 <u>TAGEN</u> der letzten 28 Tage ist es vorgekommen, dass Sie eine ungewöhnlich große Nahrungsmenge gegessen haben <u>und</u> das Gefühl hatten, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben?	- - - - -	Tage
16. <u>Wie oft</u> haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?	- - - - -	Mal
17. <u>Wie oft</u> haben Sie während der letzten 28 Tage Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?	- - - - -	Mal
18. <u>Wie oft</u> 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 umkreisen Sie die zutreffende Zahl. 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) ...

19. An wie vielen der letzten 28 Tage haben Sie heimlich (d. h. im Verborgenen) gegessen? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	kein Tag	1-5 Tage	6-12 Tage	13-15 Tage	16-22 Tage	23-27 Tage	jeden Tag
	0	1	2	3	4	5	6
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)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	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
	0	1	2	3	4	5	6
21. Wie beunruhigt waren Sie während der letzten 28 Tage, wenn andere Menschen Sie essen sahen? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	überhaupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
	0	1	2	3	4	5	6

Fragen 22 - 28: Bitte kreisen Sie die zutreffende 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) ...	über- haupt nicht	leicht	mäßig	deut- lich			
22. Hat Ihr <u>Gewicht</u> einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	0	1	2	3	4	5	6
23. Hat Ihre <u>Figur</u> einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	0	1	2	3	4	5	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)?	0	1	2	3	4	5	6
25. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrer <u>Figur</u> ?	0	1	2	3	4	5	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)?	0	1	2	3	4	5	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)?	0	1	2	3	4	5	6

Wie viel wiegen Sie derzeit? (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.) kg

Wie groß sind Sie? (Bitte schätzen Sie so gut wie möglich.)..... m

Für Frauen: Ist Ihre Regelblutung während der letzten drei bis vier Monate ausgeblieben?

- - ja - - nein

Wenn ja, wie viele Regelblutungen sind ausgeblieben?

- - - - -

Haben Sie die „Pille“ eingenommen?

- - ja - -

Vielen Dank für Ihre Bemühungen !

AdiPosiFit ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitte ich darum, eine Vielzahl möglicher Beschwerden zu beurteilen.

Bitte geben Sie jetzt an, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Ausnahme: vorletzte Beschwerde) auf Sie selbst zutrifft. Falls eine davon zutrifft, möchte ich auch wissen, wie stark Sie daran leiden.

Bitte beantworten Sie jetzt spontan und zügig jede der folgenden Aussagen!

Kreuzen Sie „0 = trifft nicht zu“ an, wenn Sie nicht an der Beschwerde leiden,
 kreuzen Sie „1 = trifft kaum zu“ an, wenn Sie kaum daran leiden,
 kreuzen Sie „2 = trifft ziemlich zu“ an, wenn Sie ziemlich daran leiden,
 kreuzen Sie „3 = trifft deutlich zu“ an, wenn Sie deutlich daran leiden
 kreuzen Sie „4 = trifft extrem“ an, wenn Sie extrem daran leiden.

Nummern	Fragen des ISR	0	1	2	3	4
D 1	Meine Stimmung ist gedrückt/ niedergeschlagen.					
D 2	An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.					
D 3	Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.					
D 4	Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.					
A 1	Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.					
A 2	In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z.B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung.					
A 3	Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.					
A 4	Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.					
Z 1	Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).					
Z 2	Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.					
Z 3	Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.					

S 1	Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.					
S 2	Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.					
S 3	Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.					
E 1	Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.					
E 2	Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.					
E 3	Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.					
18	Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.					
19	Ich denke darüber nach, mich umzubringen.					
20	Ich habe Schlafprobleme.					
21	Ich habe einen schlechten Appetit.					
22	Ich bin vergesslich.					
23	Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse.					
24	Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen (z.B. Verlust der Arbeitsstelle, Trennung vom Partner oder eine schwere Erkrankung).					
25	Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen.					
26	Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos.					
27	Ich fühle mich in der Ausübung meiner Sexualität beeinträchtigt.					
28	Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert.					
29	Meine sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich.					

Vielen Dank für die sorgfältige Bearbeitung der Fragen.

AdiPosiFit Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Ihre Chiffre: _____ Ausfüll-Datum: _____

(Erster Buchstabe Nachname & Geburtsdatum; z.B. M 05.04.89)

Dieser Fragebogen zeigt Ihnen 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Aussagen sorgfältig durch. Suchen Sie dann **die eine** Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie **Sie** sich in **dieser Woche** einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1 2 oder 3) an.

Lesen Sie bitte alle Aussagen jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- A**
0. Ich bin nicht traurig.
 1. Ich bin traurig.
 2. Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
 3. Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.
- B**
0. Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
 1. Ich sehe mutlos in die Zukunft.
 2. Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
 3. Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.
- C**
0. Ich fühle mich nicht als Versager.
 1. Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
 2. Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
 3. Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
- D**
0. Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
 1. Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
 2. Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
 3. Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
- E**
0. Ich habe keine Schuldgefühle.
 1. Ich habe häufig Schuldgefühle.
 2. Ich habe fast immer Schuldgefühle.
 3. Ich habe immer Schuldgefühle.
- F**
0. Ich habe nicht das Gefühl, bestraft zu sein.
 1. Ich habe das Gefühl vielleicht bestraft zu werden.
 2. Ich erwarte, bestraft zu werden.
 3. Ich habe das Gefühl bestraft zu gehören.
- G**
0. Ich bin nicht von mir enttäuscht.
 1. Ich bin von mir enttäuscht.
 2. Ich finde mich fürchterlich.
 3. Ich hasse mich.
- H**
0. Ich habe nicht das Gefühl schlechter zu sein als die anderen.
 1. Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
 2. Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
 3. Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.
- I**
0. Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 1. Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
 2. Ich möchte mich am liebsten umbringen.
 3. Ich würde mich umbringen, wenn ich es könnte.
- J**
0. Ich weine nicht öfter als früher.
 1. Ich weine jetzt mehr als früher.
 2. Ich weine jetzt die ganze Zeit.
 3. Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

Summenwert Seite 1 _____

- K**
0. Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 1. Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
 2. Ich fühle mich dauernd gereizt.
 3. Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
- L**
0. Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
 1. Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
 2. Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
 3. Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
- M**
0. Ich bin so entschlossen wie immer.
 1. Ich schiebe Erledigungen jetzt öfter als früher auf.
 2. Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
 3. Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
- N**
0. Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
 1. Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
 2. Ich habe das Gefühl, dass in meinem Aussehen Veränderungen eintreten.
 3. Ich finde mich hässlich.
- O**
0. Ich kann so gut arbeiten wie früher.
 1. Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
 2. Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
 3. Ich bin unfähig zu arbeiten.
- P**
0. Ich schlafe so gut wie sonst.
 1. Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
 2. Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
 3. Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
- Q**
0. Ich ermüde nicht stärker als sonst.
 1. Ich ermüde schneller als früher.
 2. Fast alles ermüdet mich.
 3. Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
- R**
0. Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
 1. Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
 2. Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
 3. Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
- S**
0. Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
 1. Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
 2. Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
 3. Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
- Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: **Ja** **Nein**
- T**
0. Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
 1. Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
 2. Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
 3. Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.
- U**
0. Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
 1. Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
 2. Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
 3. Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Summenwert Seite 1 _____

+ Summenwert Seite 2 _____

= Summenwert des BDI Total: _____

Fragebogen zur Ermittlung Ihrer Lebensqualität



1. Ich fühle mich zumeist

eher schlecht

eher gut



2. Ich kann körperlich

fast nichts unternehmen

alles unternehmen



3. Meine Sozialkontakte sind

unbefriedigend

zufriedenstellend



4. Meine Arbeit macht mir

keinen Spaß

viel Spaß



5. Meine Freude an körperlicher Nähe und Erotik

sehr gering

sehr hoch



6. Meine Einstellung zum Essen ist

ich denke immer ans Essen

Ich esse genüsslich und achtsam

Vielen Dank für die sorgfältige Beantwortung der Fragen