

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich 

Ausgefüllt von: . \_\_\_\_\_

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit Essgewohnheiten und Einstellungen zur Ernährung. Sie beziehen sich nur auf die **letzten 6 Monate**. Lies bitte jede Frage sorgfältig durch und beantworte jede Frage.

1a. Wieviel kg wiegst Du zur Zeit? Ich wiege \_\_\_\_\_ kg.  
(Wenn Du es nicht genau weisst, gib die genaueste Schätzung an!)

1b. Und wie gross bist Du (in cm)? Ich bin \_\_\_\_\_ cm gross.

2. Hattest Du Angst, dass Du zu schwer oder zu dick werden würdest?

nie  selten  manchmal  oft  sehr oft  jeden Tag

3. Hast Du soviel über Nahrungsmittel und Kalorien nachgedacht, dass Du Dich gar nicht mehr auf andere Dinge wie Lesen, Fernsehen, Unterhaltung konzentrieren konntest?

nie  selten  manchmal  oft  sehr oft  jeden Tag

4. Hast Du mit Absicht versucht, das Essen einzuschränken oder bestimmte Speisen nicht mehr zu essen oder hast Du die Kalorien gezählt, um Deine Figur und Dein Gewicht zu beeinflussen?

nie  selten  manchmal  oft  sehr oft  jeden Tag

5. Hast Du Sport, Gymnastik oder andere körperliche Aktivitäten betrieben, um Deine Figur und Dein Gewicht zu kontrollieren?

nie  selten  manchmal  oft  sehr oft  jeden Tag

6. Hast Du appetithemmende oder harntreibende Medikamente eingenommen, um Deine Figur oder Dein Gewicht zu kontrollieren?

nie  selten  manchmal  oft  sehr oft  jeden Tag

7.	Hast Du Abführmittel genommen, um Deine Figur oder Dein Gewicht zu kontrollieren?					
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	jeden Tag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Hattest Du in den letzten 6 Monaten Heißhungeranfälle mit dem Gefühl, dass Du diese Anfälle weder verhindern noch beenden konntest, wenn sie erst einmal begonnen hatten?					
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	jeden Tag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Wie häufig hast Du Dich beim Essen wegen Deiner Figur oder Deinem Gewicht geschämt? (Zähle keine 'Heißhungeranfälle!')					
	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	jeden Tag
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Kreuze bitte an, wie dünn Du sein möchtest:					
	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11.	Hast Du in den letzten 4 Wochen bei Dir Erbrechen ausgelöst, um Deine Figur oder Dein Gewicht zu kontrollieren?					
	nein	ja	An wieviel Tagen kam das in den letzten 4 Wochen vor?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An _____ Tagen.			
12.	<b><u>Nur Mädchen:</u></b> Seit welchem Alter hast Du Deine Menstruation?					
	noch nicht	Seit dem Alter von _____ Jahren.				
	<input type="checkbox"/>					
13.	<b><u>Nur Mädchen:</u></b> Wieviele Menstruationsblutungen hast Du in den letzten 3 Monaten gehabt?					
	keine	einmal	zweimal	dreimal		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14.	<b><u>Nur Mädchen:</u></b> Hast Du in diesen 3 Monaten die Pille (Antibabypille) genommen?					
	nein	ja				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

© Modifizierung des Eating Disorders Examination Questionnaire von Beglin und Fairburn (1992);  
H.-C. Steinhausen (2005) Anorexia nervosa. Hogrefe. Göttingen