



Fragebogen zur Gewichtsreduktion

Erfassungsdatum:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Email Adresse:

Geburtsdatum:

Alter:

Geschlecht:

Grösse:

Gewicht:

BMI:

Warum möchten Sie abnehmen?

Was ist Ihr Zielgewicht?

Haben Sie schon einmal eine Ernährungsberatung wahrgenommen?

Wissen Sie, wie Sie sich eigentlich ernähren sollten und weichen Sie davon ab oder haben Sie noch keine konkreten Vorstellungen, wie ein korrektes Essverhalten aussehen sollte, ausser dass es zur Gewichtsabnahme führen sollte?

Wann in Ihrem Leben hatten Sie schon einmal Ihr Wohlfühlgewicht?

Was hat sich verändert in Ihrem Leben, als Sie an Gewicht zugenommen haben?

Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Zeit in Ihrem Leben (z. Bsp.: Stress, Bequemlichkeit, Glück, Schuld, Frustration, Wut usw.)

Sind Sie in einer Beziehung / Partnerschaft?

Wie lange schon?

Haben Sie Angst, sich von jemand anderen als Ihrem Partner (Partnerin) hingezogen zu fühlen?

Sind für Sie Männer suspekt oder verunsichern Sie?

Sind für Sie Frauen unberechenbar und unfassbar?

Haben Sie Kinder ? Wieviele?

Welche Nahrungsmittel geniessen Sie am liebsten?

Haben Sie ein bestimmtes° Nahrungsmittel, dass Sie als „Problemnahrungsmittel“ ansehen, von dem Sie aber nicht lassen können (z. B. Schokolade)? °oder ev. mehrere?

Wie sieht Ihr generelles Essverhalten an einem durchschnittlichen Tag aus? (typische Nahrungsmittel / Menge / Zuverlässigkeit und Regelmässigkeit der Mahlzeit, in Gesellschaft oder alleine?)

Morgens:

Zwischendurch / Z'Nüni:

Mittags:

Nachmittags:

Abends:

Nachts:

Ganz kleine Schleckereien zwischendurch:

Haben Sie auch schon Essen als Belohnung eingesetzt? Wenn ja, wann und wie?

Haben Sie Situationen, in denen Sie aus gesellschaftlichen Gründen essen „müssen“
(Geschäftssessen, Familienfeiern, Einladungen, Essen im Rahmen öffentlicher Ämter etc.)

_____ x in der Woche / im Monat

Wird in Ihrem Umfeld das Essen regelmässig als „Kunstform“ oder „Event“ zelebriert?
(Hobby- Gourmet, Partner oder man selbst kocht gerne aufwändige Menüs etc.)

_____ x in der Woche / im Monat

Werden Sie häufig mit Essen konfrontiert (z. B. Beruf im Einzelhandel oder im
Nahrungsmittelbereich in der Nähe von Essen)?

Essen Sie, um etwas zu vergessen bzw. sich abzulenken? Wenn ja, wann und wie?

Essen Sie, auch wenn Sie nicht hungrig sind? Wenn ja, warum?

Essen Sie Ihren Teller leer, auch wenn Sie nicht mehr hungrig sind?

Essen Sie vor dem Fernseher? oder neben dem Computer / Tablet / Spielkonsole? (welche Mahlzeiten? Wie oft / Tag?) - weshalb?

Sind Sie oft schon mit den Gedanken bei der nächsten Mahlzeit?

Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben?

Treiben Sie Sport? Wenn ja was und wie oft / lange pro Woche?

Trinken Sie Alkohol, wenn ja, welchen und wie viel in der Woche?

Wie viel Wasser trinken Sie täglich?

Kennen Sie das Gefühl von Sätttheit?

Kennen Sie das Völlegefühl?

Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Waren oder sind andere Menschen in Ihrer Familie übergewichtig?

Nehmen Sie zurzeit vom Arzt verschriebene Medikamente oder andere Substanzen? Wenn ja, ist Ihnen bekannt, ob Gewichtszunahme eine Nebenwirkung davon ist?

Haben Sie eine Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann (Schilddrüse, Hormone, organische Störung etc.)

Knurrt Ihnen hin und wieder einmal der Magen? Wie empfinden Sie dieses Gefühl?

Was glauben Sie ist das Hauptproblem, warum Sie nicht dauerhaft abnehmen können?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie derzeit wären, in den folgenden Situationen aus eigener Kraft (also ohne Unterstützung durch Therapie) Ihr Essverhalten unter Kontrolle halten zu können:

(1 = überhaupt nicht zuversichtlich; 2 = wenig zuversichtlich;
3 = einigermaßen zuversichtlich; 4 = zuversichtlich; 5 = völlig zuversichtlich)

Bei einer Einladung in ein Restaurant: 1---2---3---4---5

Bei einem frisch gefüllten Kühlschrank nach einem grossen Einkauf: 1---2---3---4---5

Im Beisein anderer, wenn diese viel essen: 1---2---3---4---5

Bei Angst und Nervosität: 1---2---3---4---5

Bei Ärger über etwas oder jemanden: 1---2---3---4---5

Bei Konzentrationsverlust: 1---2---3---4---5

Wenn Sie sich für etwas belohnen wollen: 1---2---3---4---5

Bei Stress, um zu entspannen: 1---2---3---4---5

Wenn Sie eine Pause von einer Tätigkeit machen: 1---2---3---4---5

Bei leichten Hungergefühlen: 1---2---3---4---5

Was bedeutet essen für Sie?

Was denken Sie über sich? (Bsp: ich bin zu dick, ich bin fett, ich bin unattraktiv, ich bin hässlich...)

Haben Sie dominante Menschen in Ihrem Umfeld, die alles bestimmen?

Lassen Sie immer den anderen den Vortritt?

Hätten Sie gerne mehr Beachtung? - Wollen Sie mehr "gesehen" werden? --> Von wem?

Stehen Sie gerne im Mittelpunkt?

Fühlen Sie oft Mitleid mit anderen Menschen um sich herum?

Können Sie Ihre Bedürfnisse frei äussern?

...und auch dafür einstehen?

Können Sie "nein" sagen? - bei wem nicht?

Um wen kümmern Sie sich am meisten?

Fühlen Sie sich eingeengt? Von was? Von wem? Wann genau?

Kennen Sie das Gefühl, "niemand beachtet mich" "niemand interessiert sich für mich"?

(In der Kindheit, als Teenager, als Erwachsener - seit?)

Passen Sie sich oft anderen an? Wem ganz besonders? (Konkrete Beispiel-Situation, stichwortartig)

Bitte vervollständigen Sie:

"essen" ist...

"schlank" sein ist...

Bewegen ist...

Verzichten ist / heisst...

Bitte ergänzen Sie; Was gehört Ihrer Meinung nach noch zu diesem Thema? Was wurde noch nicht gefragt? Was ist kommt noch wichtiges dazu?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Datum / Unterschrift des Klienten: _____

