

1 Personendaten männlich ☐ weiblich ☐ divers			Aktuelles Bild oder Foto einfügen oder beilegen
heutiges Datum:			
Name	Vorname		
geboren am	Straße, Nr.		
Staatsangehörigkeit	Religionszugehörigkeit		
Bundesland (Bayern, NRW...)	PLZ	Ort	
Landkreis	E-Mail Adresse		
Telefon, privat	Mobil/Handy		
Telefon, dienstlich (tagsüber)	Fax		
Sonstige Adresse (z.B. Eltern)			

Familienstand		
☐ ledig	☐ verheiratet/Lebensgemeinschaft	☐ getrennt / geschieden
Kinder:	☐ keine	☐ ja, Anzahl:

Name der gesetzlichen Krankenkasse (z.B. AOK...) und Ort		Versichertennummer
Name der privaten Krankenversicherung und Ort		Service Nr.
Beihilfe – berechtigt? Name der Beihilfestelle und Ort		Beihilfe Personal-Nr.
☐ ich bin selbst bei der Krankenkasse versichert (bitte rechts angeben, auf welche Weise versichert)	Student, freiwillig versichert, Arbeitsstelle, Arbeitsamt, Sozialamt	
☐ ich bin familienversichert mit (bitte rechts Name und Gebdatum des Versicherten eintragen)	Name, Vorname, Geb.	

Behandelnder (Haus-) Arzt (Name, Ort, Telefon)	
Behandelnder Psychotherapeut	
Name	Vorname/Titel
PLZ, Ort, Straße	Tel.

Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt oder einer (nahe stehenden) Person Vollmacht erteilt?			
☐ nein	☐ ja, als:	☐ Bevollmächtigte(r)	☐ Gesetzlicher Betreuer
Wenn ja: bitte Daten des Betreuers / Bevollmächtigten ergänzen:			
Name		Vorname	
Straße		Telefon	
Postleitzahl	Wohnort		
Wirkungs-/Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person			
☐ Aufenthaltsbestimmung	☐ Wohnungsangelegenheiten	☐ Vermögenssorge	☐ Einwilligungsvorbehalt
☐ Vertretung gegenüber Behörden	☐ Gesundheitssorge/Heilbehandlung	☐ Postangelegenheiten	☐ Sonstige

2 Eltern

Mutter: Name, Vorname		Alter	Beruf
Vater: Name, Vorname		Alter	Beruf
sorgeberechtigt (bei Minderjährigen)	☐ beide	☐ nur die Mutter	☐ nur der Vater
Eltern: ☐ ledig	☐ verheiratet/Lebensgemeinschaft	☐ getrennt / geschieden	☐ verwitwet

3 Wohnsituation

☐ bei den Eltern / bei Elternteil / bei Verwandten	☐ alleine (im eigenen Haushalt)
☐ in einer Wohngemeinschaft	☐ mit Partner zusammen
☐ in einer betreuten Wohnform	

4 StatistikANAD bietet auch eine Beratungsplattform an. Hatten Sie im Vorfeld schon Kontakt mit **ANAD Dialog**?

☐ Nein	☐ Ja, telefonisch	☐ Ja, online	☐ Ja, im persönlichen Termin	☐ Ja, in der Ernährungsberatung
-------------------------------	--	-------------------------------------	---	--

Wie sind Sie überhaupt zum ersten Mal auf ANAD aufmerksam geworden? (Nur eine Nennung)

☐ Internet	☐ (Fach-) Literatur	☐ Familie, Freunde
☐ Medien (TV, Zeitschriften)	☐ Ärztliche(r) Therapeut	☐ Psycholog. TherapeutIn
☐ Frauenarzt	☐ Hausarzt	☐ (Ki/Jugend) - Psychiater
☐ Krankenhaus	☐ Kind.-&Jugendpsychiatrische Klinik	☐ Psychosomatische Klinik
☐ Zahnarzt	☐ andere Beratungsstelle(n)	☐ Sonstige(r) TherapeutIn
☐ anderer Facharzt	☐ Sonstige(s)	

5 Aktuelle KlinikBefinden Sie sich oder begeben Sie sich demnächst in eine/r Klinik

Name, Adresse	Station/Zimmer-Nr.	Tel.
	Zimmer-Telefon	
	ab/seit	bis voraussichtlich

6 Diagnose(n) (sind Ihnen Diagnosen von bisher behandelnden Ärzten o. Therapeuten bekannt?)

welche:

7 Aktuelles Gewicht und Größe

Gewicht, derzeit	kg
Größe	m
Ihr höchstes Gewicht	kg wann (im Jahre):
Ihr niedrigstes Gewicht	kg wann (im Jahre):
Dauer der Essstörung (seit) ☐ bis 1 Jahr ☐ 1 – 5 Jahre ☐ 5 – 10 Jahre ☐ über 10 Jahre	

8 Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit**Aktuelle Schulsituation/Tätigkeit**

☐ Schule regulär abgeschlossen	☐ Hauptschule	☐ Berufsschule
☐ Schule unterbrochen (mehr als 3 Mon.)	☐ Realschule	☐ Beruf (erlernter Beruf)
☐ Schule abgebrochen	☐ Fachoberschule (FOS)	☐ Job (nicht erlernter Beruf)
☐ krank (mindestens seit 6 Wochen)	☐ Gymnasium	☐ Praktikum
☐ arbeitssuchend	☐ Studium	☐ Ausbildung

Schulischer Werdegang

Monat/Jahr	Schulart (Haupt-, Realschule...)

Aktuelle Schule [Schulart, Klasse, Fachrichtung]

Schule, Adresse, Ort

Höchster erreichter Schulabschluss

☐ Ich gehe noch zur Schule	☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife)
☐ Ich habe keinen Schulabschluss	☐ Abitur, Fachabitur (FOS)
☐ Qualifizierender Hauptschulabschluss (Quali)	☐ Hochschulabschluss
☐ Schulabschluss steht kurz bevor, welcher:	

Beruflicher Werdegang

Erlern(e) Beruf(e) [möglichst genaue Bezeichnung]

In welcher Position haben Sie zuletzt gearbeitet [möglichst genaue Bezeichnung]

Aktuelle berufliche Tätigkeit [möglichst genaue Bezeichnung]

☐ Vollzeit	☐ Teilzeit	☐ unbefristet	☐ befristet, bis:
☐ Sozialvers.pflichtig (wenn Verdienst mtl. über 400 €)		Arbeitsstunden. pro Woche:	

Welche Berufe haben Sie an welchen Arbeitsstellen ausgeübt?

Monat/Jahr	Tätigkeit/Beruf	Arbeitsstelle

Welche Schule/Tätigkeit/Beruf würden Sie bei ANAD anstreben?

☐ Schule	☐ Studium	☐ Praktikum	☐ Lehre	☐ Job, Beruf	☐ Orientierung
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

[möglichst genaue Bezeichnung]

9 Finanzielle Situation

☐ regelmäßiges Gehalt	☐ Krankengeld	☐ Arbeitslosengeld
☐ Taschengeld (Eltern)	☐ Hilfe zum Lebensunterhalt	☐ Ersparnisse

Größenordnung des monatlich tatsächlich zur Verfügung stehenden Einkommens:

Haben Sie Schulden? nein

10 Leben in unseren Wohngruppen

A Was würde eine Ihnen nahe stehende Person auf die Frage antworten, „warum Sie die Maßnahme bei ANAD machen sollten, weshalb diese für Sie sinnvoll wäre“?

B Was erwarten Sie sich speziell von der Wohngruppe?

C Nennen Sie mindestens 4 konkrete Ziele, die Sie in den 6 - 8 Monaten bei ANAD erreichen wollen
z.B. in den Lebensbereichen Familie, Ernährung, Schule/Beruf, im Alltagsleben, in Beziehungen, bei der Tagesgestaltung ...

1.

2.

3.

4.

5.

6.

D In welchen Bereichen benötigen Sie insbesondere unsere Unterstützung?
Bitte tragen Sie mindestens 4 Themen ihrer Wichtigkeit nach ein (1. = am wichtigsten)

1.

2.

3.

4.

5.

F Wenn Sie bei uns wohnen müssen Sie sich selbst versorgen.
Wo sehen Sie Schwierigkeiten und brauchen Unterstützung?

G Was hat den Ausschlag dafür gegeben, dass Sie sich gerade jetzt bei uns gemeldet haben?

H Wurden Sie von einer der folgenden Fachleute direkt zu uns empfohlen bzw. zu uns geschickt?

☐ Arzt / TherapeutIn ☐ Klinik ☐ Jugendamt ☐ Kasse ☐ Sonstige Fachstelle

Falls ja:

Name, PLZ, Ort

Telefon, e-mail

11 Medizinische Vorgeschichte

Waren Sie wegen Ihrer Essstörung oder anderer psychosomatischer Probleme bereits in Behandlung: (Mehrfachnennungen sind möglich, z.B. mehrere Kliniken)

In den letzten 5 Jahren in Anspruch genommene Dienste/Einrichtungen

z.B. ambulante Therapie (-versuche), Klinikaufenthalte (Krankenhaus, Psychosomatik...), Ernährungsberatung, Jugendhilfemaßnahmen...

Behandlungsangebot Name Klinik bzw. Therapie-Art (z.B. ambulante Verhaltenstherapie bzw. Klinik-Name)	Grund der Behandlung (Anamnese bzw. Diagnose)	Zeit (Jahr)	Dauer (Wochen)	Schul- note

Haben oder hatten Sie in den letzten Jahren schon einmal Leistungen eines Jugendamtes oder Sozialamtes erhalten? ☐ Nein

Welches Amt? (Name und Ort/Landkreis)

Wann (Jahr)?

Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Arzt?

--	--	--

Haben Sie in den letzten 12 Monaten andere Fachleute außer Arzt und/oder Psychologe zur Behandlung Ihrer Probleme aufgesucht (z.B. Heilpraktiker...)? ☐ Nein

Was sind Ihre wichtigsten körperlichen und/oder seelischen Beschwerden, wegen derer Sie bei uns aufgenommen werden wollen?

Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen ohne lange zu überlegen!
Nicht zutreffendes bitte durchstreichen

Ergänzende Fragen
1. Haben Sie sich schon einmal absichtlich mit einem scharfen oder spitzen Gegenstand verletzt oder sich auf andere Weise körperlichen Schaden zugefügt?
☐ Nein ☐ falls ja: wann u. womit? In welcher Situation?
2. Haben Sie schon einmal daran <u>gedacht</u>, sich das Leben zu nehmen?
☐ Nein ☐ falls ja: ☐ wenig konkret (selten) ☐ eher konkret (gelegentlich) ☐ konkret (häufig) ☐ sehr konkret
3. Haben Sie schon einmal <u>versucht</u> sich das Leben zu nehmen (Selbstmordversuch)?
☐ Nein ☐ falls ja: Wann genau: Wie (Womit):
Unter welchen Umständen kam es dazu?
4. Nehmen Sie Alkohol oder Dopingmittel um Ihre Stimmung zu beeinflussen?
☐ Nein ☐ falls ja, welchen Alkohol? ☐ falls ja, welche Dopingprodukte?
5. Wie hoch ist Ihr durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag?
6. Wie hoch war innerhalb der letzten Wochen Ihr höchster Alkoholkonsum an einem Tag?
7. Gab es Zeiten, in denen Ihr Alkohol- oder Medikamentenkonsum erhöht war?
☐ Nein ☐ falls ja, wann war dies? Wie lange dauerte diese Zeit an?
8. Rauchen Sie?
☐ Nein
☐ Ja, täglich wie viele Zigaretten?

9. Haben Sie eine/mehrere Drogen schon einmal ohne medizinische Verordnung eingenommen?					
		Ab welchem Lebensjahr?		Wann zuletzt?	
Halluzinogene (z.B. Haschisch, LSD)					
☐ Nein ☐ falls ja					
Aufputschmittel (z.B. Ecstasy, Amphetamine)					
☐ Nein ☐ falls ja					
Opiate (z.B. Kokain, Heroin, Morphin)					
☐ Nein ☐ falls ja					
Sonstige					
☐ Nein ☐ falls ja					
10. Leiden Sie unter einer der folgenden körperlichen Erkrankungen/Beschwerden?					
Allergien	☐ Nein ☐ Ja				
Nahrungsmittelunverträglichkeit	☐ Nein ☐ Ja				
Diabetes	☐ Nein ☐ Ja				
Epilepsie o.ähnl.	☐ Nein ☐ Ja				
Sonstige körperliche Erkrankung	☐ Nein ☐ Ja				
11. Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein?					
Medikament	Dosierung		seit wann		
Pille	☐ Nein ☐ Ja				
12. Wie sehr leiden Sie aktuell unter...					
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Niedergedrückter Stimmung					
Stimmungsschwankungen					
Ängsten					
Zwangsgedanken/ -handlungen					
Schlafstörungen					
Anspannung					
Impulsivität					
13. Haben Sie jemals traumatische Ereignisse (körperliche oder sexuelle Gewaltanwendung, sexueller oder emotionaler Missbrauch, Unfall, Naturkatastrophe) erlebt?					
☐ Nein ☐ Ja					
Falls ja, welche?: _____					

Zum Essverhalten**14. Seit wann haben Sie Probleme mit dem Essen bzw. mit Ihrer Figur und Ihrem Gewicht?****15. Beschreiben Sie kurz die Entwicklung Ihrer Essstörung (Beginn, Phasen, ...)****16. Gibt es ein bestimmtes (oder mehrere) Ereignis(se), das/die Sie für den Beginn Ihrer Probleme mit dem Essen generell verantwortlich machen, das diese evtl. ausgelöst hat?**☐ Nein ☐ Ja, folgendes:**17. Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?****18. Lassen Sie Mahlzeiten ausfallen?**☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, wie häufig?:

19. Haben Sie Essanfälle / Essattacken?☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, wie häufig?:

20. Erbrechen Sie sich nach Essanfällen oder normalen Mahlzeiten?☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, wie häufig?:

21. Gibt es für Sie "verbotene" Lebensmittel, die Sie abgesehen von Essanfällen, aus Ihrer Ernährung ausschließen?☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, welche?:

22. Ernähren Sie sich vegetarisch oder haben Sie andere Ernährungsbesonderheiten?

23. Betreiben Sie derzeit oder benutzten Sie in der Vergangenheit Sport bzw. körperliche Bewegung zur Gewichtsregulation?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, wie häufig?:

24. Nehmen Sie derzeit oder benutzten Sie in der Vergangenheit Medikamente zur Gewichtsabnahme?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, welche und wie häufig?

25. Stellen Sie sich vor über Nacht geschieht ein Wunder; alle ihre Wünsche gehen in Erfüllung und Sie haben keine Sorgen mehr. Welche Veränderungen bemerken Sie am nächsten Morgen, wenn Sie aufwachen?

**Bitte bringen Sie diesen Fragebogen
ausgefüllt zum Vorgesprächstermin mit.**

Fügen Sie bitte ein Bild (Passfoto, normales Foto, ...) ein.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!