

1 Personendaten männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		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)			
<b>Familienstand</b>			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt / geschieden			
Kinder:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, Anzahl:		
Name der <b>gesetzlichen Krankenkasse</b> (z.B. AOK...) und <b>Ort</b>		<b>Versichertennummer</b>	
Name der <b>privaten Krankenversicherung</b> und <b>Ort</b>		<b>Service Nr.</b>	
<b>Beihilfe</b> – berechtigt? Name der Beihilfestelle und <b>Ort</b>		<b>Beihilfe Personal-Nr.</b>	
<input type="checkbox"/> ich bin selbst bei der Krankenkasse versichert (bitte rechts angeben, auf welche Weise versichert)	Student, freiwillig versichert, Arbeitsstelle, Arbeitsamt, Sozialamt		
<input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r) <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer			
Wenn ja: bitte Daten des Betreuers / Bevollmächtigten ergänzen:			
Name	Vorname		
Straße	Telefon		
Postleitzahl	Wohnort		
Wirkungs-/Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person			
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt			
<input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge/Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten <input type="checkbox"/> Sonstige			

<b>2 Eltern</b>			
<b>Mutter:</b> Name, Vorname		Alter	Beruf
<b>Vater:</b> Name, Vorname		Alter	Beruf
<b>sorgeberechtigt</b> (bei Minderjährigen)	<input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> nur die Mutter	<input type="checkbox"/> nur der Vater
<b>Eltern:</b> <input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet/Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> getrennt / geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet

<b>3 Wohnsituation</b>	
<input type="checkbox"/> bei den Eltern / bei Elternteil / bei Verwandten	<input type="checkbox"/> alleine (im eigenen Haushalt)
<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/> mit Partner zusammen
<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	

<b>4 Statistik</b>				
ANAD bietet auch eine Beratungsplattform an. Hatten Sie im Vorfeld schon Kontakt mit <b>ANAD Dialog</b> ?				
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, telefonisch	<input type="checkbox"/> Ja, online	<input type="checkbox"/> Ja, im persönlichen Termin	<input type="checkbox"/> Ja, in der Ernährungsberatung

Wie sind Sie überhaupt zum ersten Mal auf ANAD aufmerksam geworden? (Nur <u>eine</u> Nennung)		
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> (Fach-) Literatur	<input type="checkbox"/> Familie, Freunde
<input type="checkbox"/> Medien (TV, Zeitschriften)	<input type="checkbox"/> Ärztliche(r) Therapeut	<input type="checkbox"/> Psycholog. TherapeutIn
<input type="checkbox"/> Frauenarzt	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> (Ki/Jugend) - Psychiater
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Kind.-&Jugendpsychiatrische Klinik	<input type="checkbox"/> Psychosomatische Klinik
<input type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> andere Beratungsstelle(n)	<input type="checkbox"/> Sonstige(r) TherapeutIn
<input type="checkbox"/> anderer Facharzt	<input type="checkbox"/> Sonstige(s)	

<b>5 Aktuelle Klinik</b>		
Befinden Sie sich oder begeben Sie sich <u>demnächst</u> in eine/r Klinik		
Name, Adresse	Station/Zimmer-Nr.	Tel.
	Zimmer-Telefon	
	ab/seit	bis voraussichtlich

<b>6 Diagnose(n)</b> (sind Ihnen Diagnosen von bisher behandelnden Ärzten o. Therapeuten bekannt?)
welche:

<b>7 Aktuelles Gewicht und Größe</b>	
<b>Gewicht, derzeit</b>	<b>kg</b>
<b>Größe</b>	<b>m</b>
<b>Ihr höchstes Gewicht</b>	<b>kg</b> wann (im Jahre):
<b>Ihr niedrigstes Gewicht</b>	<b>kg</b> wann (im Jahre):
<b>Dauer der Essstörung (seit)</b>	<input type="checkbox"/> bis 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1 – 5 Jahre <input type="checkbox"/> 5 – 10 Jahre <input type="checkbox"/> über 10 Jahre

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

<input type="checkbox"/> Schule regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Berufsschule
<input type="checkbox"/> Schule unterbrochen (mehr als 3 Mon.)	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Beruf (erlernter Beruf)
<input type="checkbox"/> Schule abgebrochen	<input type="checkbox"/> Fachoberschule (FOS)	<input type="checkbox"/> Job (nicht erlernter Beruf)
<input type="checkbox"/> krank (mindestens seit 6 Wochen)	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Praktikum
<input type="checkbox"/> arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Ausbildung

**Schulischer Werdegang**

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

Aktuelle Schule [Schulart, Klasse, Fachrichtung]

Schule, Adresse, Ort

**Höchster erreichter Schulabschluss**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich gehe noch zur Schule                     | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife) |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Schulabschluss               | <input type="checkbox"/> Abitur, Fachabitur (FOS)            |
| <input type="checkbox"/> Qualifizierender Hauptschulabschluss (Quali) | <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss                  |
| <input type="checkbox"/> Schulabschluss steht kurz bevor, welcher:    |  |

**Beruflicher Werdegang**

Erlernte(r) 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

<b>10 Leben in unseren Wohngruppen</b>	
<b>A</b> 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>B</b> Was erwarten Sie sich speziell von der Wohngruppe?	
<b>C</b> Nennen Sie <u>mindestens</u> 4 <u>konkrete</u> Ziele, die Sie in den 6 - 8 Monaten bei ANAD erreichen wollen <i>z.B. in den Lebensbereichen Familie, Ernährung, Schule/Beruf, im Alltagsleben, in Beziehungen, bei der Tagesgestaltung ...</i>	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
<b>D</b> In welchen Bereichen benötigen Sie insbesondere unsere Unterstützung? Bitte tragen Sie <u>mindestens</u> 4 Themen ihrer Wichtigkeit nach ein (1. = am wichtigsten)	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
<b>F</b> Wenn Sie bei uns wohnen müssen Sie sich selbst versorgen. Wo sehen Sie Schwierigkeiten und brauchen Unterstützung?	
<b>G</b> Was hat den Ausschlag dafür gegeben, dass Sie sich gerade jetzt bei uns gemeldet haben?	
<b>H</b> Wurden Sie von einer der folgenden Fachleute direkt zu uns empfohlen bzw. zu uns geschickt?	
<input type="checkbox"/> Arzt / TherapeutIn <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> 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...

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

**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***

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

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