

1 Personendaten männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
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		
<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 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.
<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		

Aktuelles
Bild
oder
Foto
einfügen
oder
beilegen

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

3 Wohnsituation	
<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	

4 Statistik				
ANAD bietet auch eine Beratungsplattform an. Hatten Sie im Vorfeld schon Kontakt mit ANAD Dialog ?				
<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)	

5 Aktuelle Klinik		
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

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)	<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]

<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> befristet, bis:
<input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Praktikum	<input type="checkbox"/> Lehre	<input type="checkbox"/> Job, Beruf	<input type="checkbox"/> Orientierung
---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

[möglichst genaue Bezeichnung]

9 Finanzielle Situation

<input type="checkbox"/> regelmäßiges Gehalt	<input type="checkbox"/> Krankengeld	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld
<input type="checkbox"/> Taschengeld (Eltern)	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> 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
<p>1. Haben Sie sich schon einmal absichtlich mit einem scharfen oder spitzen Gegenstand verletzt oder sich auf andere Weise körperlichen Schaden zugefügt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> falls ja: wann u. womit? In welcher Situation?</p>
<p>2. Haben Sie schon einmal daran <u>gedacht</u>, sich das Leben zu nehmen?</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>3. Haben Sie schon einmal <u>versucht</u> sich das Leben zu nehmen (Selbstmordversuch)?</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>4. Nehmen Sie Alkohol oder Dopingmittel um Ihre Stimmung zu beeinflussen?</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>5. Wie hoch ist Ihr durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag?</p>
<p>6. Wie hoch war innerhalb der letzten Wochen Ihr höchster Alkoholkonsum an einem Tag?</p>
<p>7. Gab es Zeiten, in denen Ihr Alkohol- oder Medikamentenkonsum erhöht war?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> falls ja, wann war dies? Wie lange dauerte diese Zeit an?</p>
<p>8. Rauchen Sie?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, täglich wie viele Zigaretten?</p>

9. Haben Sie eine/mehrere Drogen schon einmal ohne medizinische Verordnung eingenommen?					
			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					
10. Leiden Sie unter einer der folgenden körperlichen Erkrankungen/Beschwerden?					
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			
11. Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein?					
Medikament	Dosierung		seit wann		
Pille	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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?					
<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!