



Wir bitten um Rücksendung des Fragebogens an das Universitäre Adipositas-Centrum per Post, per Fax 040 7410 46756 oder per E-Mail adipositas@uke.de

Patienten-Fragebogen - Nachsorge

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Familienstand: ledig Lebensgemeinschaft verheiratet
 getrenntlebend geschieden verwitwet

Anzahl der Kinder: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Anschrift: _____

Berufstätig: Ja Nein Berufsunfähig Erwerbsunfähig
 Hausfrau/-mann Rente

Ausgeübter Beruf: _____

Teilzeit (<15h/Woche) Teilzeit (16-34h/Woche) Vollzeit >35h/Woche

vorwiegend sitzend vorwiegend stehend abwechslungsreich körperlich aktiv

Informationen zur Adipositas-Operation:

Operationsdatum: _____

Art der Operation: Magenband Magenbypass Schlauchmagen

Biliopancreatische Diversion mit Duodenal Switch

Biliopancreatische Diversion nach Scopinaro

Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

Gewichtsverlust seit OP: _____ kg

Andere Adipositas-Therapien:

Art der Therapie: Magenballon EndoBarrier®

Datum der Anlage: _____

Wurde die andere Adipositas-Therapie beendet? Ja Nein

Datum der Entfernung: _____

Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

Gewichtsverlust seit der Adipositas-Therapie: _____ kg



Information zu weiteren Operationen:

Hatten Sie in der Zwischenzeit weitere Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Informationen zur Nachsorge:

Wann war Ihre letzte Nachsorge? noch nie vor 3 Monaten

vor 6 Monaten vor 9 Monaten vor 12 Monaten > einem Jahr

Datum/Monat/Jahr der letzten Nachsorge: _____

Aktuelle Medikamenteneinnahme

Ich habe eine separate Medikamentenliste vom Hausarzt mitgebracht: Ja Nein

Medikamentenname	Dosierung (wie oft ,wie viel?)	Grund für die Einnahme	Einnahme seit:

Nehmen Sie Vitamine oder Mineraltabletten ein? Ja Nein gelegentlich

Wenn ja, welche in welcher Dosierung?

Veränderungen zur Ihrer Gesundheit

HerzKreislauf:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Herzgefäßerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
periphere Gefäßerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arteriosklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus Typ I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus Typ II/Insulinpflichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insulinpflichtig: Wie viel Insulin benötigen Sie jetzt pro Tag? _____ I.E.				
Diabetes mellitus Typ II/Tablettenpflichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atmung:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Asthma Bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftnot in Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftnot bei Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ich habe ein CPAP-Gerät		<input type="radio"/> die Werte wurden verändert		<input type="radio"/> kein Gerät mehr

Bewegungsapparat:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Arthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gonarthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen im Rücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in der Hüfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in den Kniegelenken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in Knöcheln/ Füßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Erkrankungen:

	unverändert	verbessert	nicht mehr vorhanden	nicht zutreffend
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zyklusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinderwunsch	<input type="radio"/> erfüllt	<input type="radio"/> nicht erfüllt		
Besteht derzeit eine Schwangerschaft bei Ihnen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
In welchem Woche/ Monat sind Sie?	_____			

Sind andere Erkrankungen vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sind Erkrankungen dazu gekommen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sodbrennen:

Hatten Sie vor der Operation Sodbrennen? Ja Nein

Wenn ja, wie oft hatten Sie *vor der Operation* Sodbrennen?

nie selten häufig ich nahm Medikamente dagegen

Haben Sie aktuell Sodbrennen? Ja Nein

Wenn ja, seit wann haben Sie Sodbrennen? _____

Wenn ja, wie oft haben Sie Sodbrennen?

nie selten häufig ich nehme Medikamente dagegen

Bitte füllen Sie zusätzlich die Fragebogen auf Seite 9-11 aus.

Ernährungs-/Bewegungsgewohnheiten

Ernährungsberatung:

Wann hatten Sie Ihre letzte Ernährungsberatung?

noch nie vor 3 Monaten vor 6 Monaten vor 9 Monaten

vor 12 Monaten > einem Jahr andere: _____

Haben sich Ihre Ernährungsgewohnheiten nach der OP verändert?

Ja Nein

Wenn ja, wie? _____

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? Ja Nein gelegentlich

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? Ja Nein gelegentlich

Anzahl der Mahlzeiten: _____

Haben sich Ihre Portionsgrößen (*seit dem letzten Besuch*) bei den Mahlzeiten verändert?

Ja Nein

Wenn ja, wie? Viel Kleiner Kleiner Unverändert Größer

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht essen können oder die regelhaft zu Schwierigkeiten führen? Wenn ja, welche?

Unverträglichkeiten:

Fleisch Reis Joghurt

Nudeln Süßes Milch

Kartoffeln Zucker Fettiges

Weißbrot Obst: _____

Sonstiges: _____

Beschwerden:

Keine Erbrechen

Übelkeit Lactoseintoleranz

Sodbrennen Diarrhoe (Durchfälle)

Obstipation (Verstopfungen) Völlegefühl

Sonstige Beschwerden: _____

Haben Sie die Beschwerden/Unverträglichkeiten abklären lassen?

Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

Essgeschwindigkeit: langsam schnell normal



Wie oft Kauen Sie pro Bissen? _____

Sättigungsgefühl: Gutes Sättigungsgefühl Mangelndes Sättigungsgefühl
 Kein Sättigungsgefühl

Flüssigkeitszufuhr:

Trennen Sie Essen und Trinken? Ja Nein gelegentlich
Flüssigkeitszufuhr: 1L pro Tag 1,5L pro Tag 2,0L pro Tag
 2,5L pro Tag über 2,5L pro Tag

Was trinken Sie?

Stuhlgang:

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

Stuhlgang regelmäßig Stuhlgang unregelmäßig
 Mehr als 1x/Tag alle 1-2 Tage 1-2/Woche weniger als 1x/Woche

Wie ist die Stuhlkonsistenz normalerweise:

wie Wasser breiig-flüssig weich fest hart
 unterschiedlich in der Konsistenz

Sollten Sie derzeit Schwierigkeiten mit der Nahrung haben bitten wir Sie heute an der Ernährungsberatung teilzunehmen oder einen Termin unter 040 7410 59913 zu vereinbaren.

Bewegungsgewohnheiten:

Treiben Sie derzeit Sport? Ja Nein

Wenn nein, warum nicht? _____

Wenn ja, welche Sportarten üben Sie aktuell aus?

Sportart	Regelmäßigkeit	Trainingseinheiten pro Woche (Häufigkeit)	Minuten pro Trainingseinheit
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig		



Psychotherapeutische Behandlung

Hatten Sie vor der Operation seelische oder soziale Probleme?

Ja Nein

Wenn ja, Welche? _____

Haben Sie derzeit seelische oder soziale Probleme?

Ja Nein

Wenn ja, Welche? _____

Befinden Sie sich derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Name und Telefon des Therapeuten (*Diese Angabe ist freiwillig. Wenn Sie uns Ihren Therapeuten nennen, werden wir Ihren weiteren Behandlungsverlauf im Bedarfsfall mit diesem abstimmen. Ggf. wird es dafür notwendig sein, dass Sie Ihren Therapeuten insoweit von seiner Schweigepflicht entbinden.*):

Haben Sie Interesse an einer psychotherapeutischen Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, dann sprechen Sie uns bitte an.

Sonstiges:

Planen Sie derzeit eine weitere Operation nach der Adipositas-Operation?

Wenn ja, welche?

Umwandlung zum Magenbypass Magenbandentfernung

Entfernung des EndoBarrier® Plastische Operation

Sonstiges: _____

Was können wir noch für Sie tun?

MOOREHEAD-ARDELT FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT

(veröff. in BAROS)

Kreuzen Sie bitte an wie Sie Ihre Lebensqualität in den angegebenen Bereichen einschätzen

1. Ich fühle mich zumeist



sehr schlecht



sehr gut

2. Ich kann körperlich



sehr wenig unternehmen



sehr viel unternehmen

3. Meine Sozialkontakte sind



sehr unbefriedigend



sehr befriedigend

4. Ich bin in der Lage zu arbeiten



gar nicht



uncingeschränkt*

5. Meine Freude am Sex ist



sehr gering



Sehr groß

6. Meine Einstellung zum Essen ist:



ich lebe um zu essen



ich esse um zu leben

* Frage 4 angepasst an englische Originalversion (Moorehead-Ardelt II)

StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen
Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

Seite 1/1

Erstvorstellung (27)

	kein Problem					Sehr starkes Problem
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Atemprobleme oder Husteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

RSI - Wert (Total) _____

Patient Nummer 04- _____ - _____

Initialen d. Patienten: (f) _____ (m) _____ (l) _____

FRAGEBOGEN NACH DER OPERATION

Vom Patienten auszufüllen

1. Nachuntersuchung: 12 Monate 24 Monate 36 Monate

2. Abschlussdatum: _____ / _____ / _____
Tag Monat Jahr

3. Wurde dieser Fragebogen während der Einnahme von GERD-Medikamenten ausgefüllt? Ja Nein

GERD-HRQL

Bitte prüfen Sie die Zahlenbeurteilung Ihrer GERD-Symptome anhand der nachstehenden Punkteskala. Kreuzen Sie für jede Frage nur ein Kästchen an.

Punkteskala						
0 = Keine Symptome	1 = Erkennbare, aber nicht störende Symptome	2 = Erkennbare und störende Symptome, aber nicht jeden Tag	3 = Täglich störende Symptome	4 = Symptome wirken sich auf die täglichen Aktivitäten aus	5 = Die Symptome behindern – keine Aktivitäten möglich	
1. Wie schlimm ist Ihr Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Sodbrennen beim Hinlegen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sodbrennen beim Aufstehen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Sodbrennen nach Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Verändert das Sodbrennen Ihre Ernährungsgewohnheiten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Weckt Sie das Sodbrennen aus dem Schlaf auf?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Haben Sie Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Haben Sie Blähungen oder Völlegefühl?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Haben Sie beim Schlucken Schmerzen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Wirkt sich Ihre Einnahme von Medikamenten auf Ihr tägliches Leben aus?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zusammenfassung GERD-HRQL						
11. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand	Zufrieden <input type="checkbox"/>		Neutral <input type="checkbox"/>		Unzufrieden <input type="checkbox"/>	

Patient Nummer 04- _____ - _____

Initialen d. Patienten: (f) _____ (m) _____ (l) _____

Symptome in Verbindung mit GERD

1 Regurgitation:

- Keine
 Leicht – Nach Anstrengung und/oder ausgedehnten Mahlzeiten
 Mäßig – Vorhersehbar bei Positionsveränderung, Anstrengung oder beim Hinlegen
 Schwer – Ständige Regurgitation, die Husten oder Würgen verursacht.
- _____ Mal pro Tag Woche Monat

2. Atemwegsprobleme:

(alles Zutreffende ankreuzen)

- Keine Asthma
 Wiederkehrender Husten Stimmänderung
 Nächtlicher Husten Lungenentzündung/Bronchitis

3. Fähigkeit aufzustoßen:

- Ja Nein

4. Fähigkeit zu erbrechen:

- Ja Nein Keine Notwendigkeit zu erbrechen

5. Stört der Reflux Ihren Schlaf? Nein Ja

Wenn ja, wie oft stört der Reflux Ihren Schlaf? _____ Mal pro Woche

Wenn ja, wie stört der Reflux Ihren Schlaf? *Alles Zutreffende ankreuzen*

- Sodbrennen/Schmerzen
 Husten
 Würgen
 Kann vor dem Schlafengehen nicht essen
 Schläfe mit erhöhtem Kopfkissen oder Kopfende des Bettes
 Kann in den meisten Nächten nicht in einem normalen Bett schlafen (Lehnsessel)

Nutzen in Verbindung mit der Reflux-Operation

1. Würden Sie sich mit Ihrem jetzigen Wissen noch einmal einer Reflux-Operation unterziehen?

- Ja Nein

2. Wie hat sich Ihr allgemeiner Gesundheitszustand nach der Operation gegen Reflux bezüglich GERD verändert?

- Verbessert
 Keine Änderung
 Schlechter

Unterschrift des Studienpersonals, das das Formular einreicht Tag _____ Monat _____ Jahr _____



StuDoQ|Adipositas
Fragebogen zur Ernährungsgewohnheit (EDE)

Seite 1/3

Erstvorstellung (23)

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage). Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

Fragen 1 - 12: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf **die letzten 4 Wochen (28 Tage)** beziehen.

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
1. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
2. Haben Sie über längere Zeitspannen (8 Stunden oder mehr) überhaupt nichts gegessen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
3. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
4. Haben Sie <u>versucht</u> , festgelegte Regeln hinsichtlich Ihres Essens (z. B. eine Kaloriengrenze) zu befolgen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
5. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>leeren</u> Magen zu haben, mit dem Ziel, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
6. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen <u>völlig flachen</u> Bauch zu haben?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
7. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
8. Hat das Nachdenken über <u>Figur oder Gewicht</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
9. Hatten Sie eine deutliche Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
10. Hatten Sie eine deutliche Angst, dass Sie an Gewicht zunehmen könnten?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
11. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
12. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6



Fragen 13- 18: Bitte tragen Sie die passende Zahl rechts daneben ein. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf **die letzten 4 Wochen (28 Tage)** beziehen.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...

13. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage eine Nahrungsmenge gegessen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß ansehen würden (unter ähnlichen Umständen)? Mal
-
14. In wie vielen dieser Situationen, in denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben (während des Essens)? Mal
-
15. An wie vielen **TAGEN** der letzten 28 Tage ist es vorgekommen, dass Sie eine ungewöhnlich große Nahrungsmenge gegessen haben und das Gefühl hatten, die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren zu haben? **Tage**
-
16. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? Mal
-
17. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren? Mal
-
18. Wie oft haben Sie während der letzten 28 Tage in einer "getriebenen" oder "zwanghaften" Weise Sport getrieben, um Ihr Gewicht, Ihre Figur oder den Körperfettanteil zu kontrollieren oder Kalorien zu verbrennen? Mal

Fragen 19 - 21: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl an. Bitte beachten Sie, dass für diese Fragen der Begriff "Essanfall" bedeutet, eine Nahrungsmenge zu essen, die andere Menschen unter ähnlichen Umständen als ungewöhnlich groß ansehen würden, begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...

	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
19. An wie vielen der letzten 28 Tage haben Sie heimlich (d. h. im Verborgenen) gegessen? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	0	1	2	3	4	5	6

	niemals	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
20. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	0	1	2	3	4	5	6

	überhaupt nicht	in seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
21. Wie beunruhigt waren Sie während der letzten 28 Tage, wenn andere Menschen Sie essen sahen? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	0	1	2	3	4	5	6

StuDQ|Adipositas
Fragebogen zur Ernährungsgewohnheit (EDE)

Seite 3/3

Erstvorstellung (23)

Fragen 22 - 28: Bitte kreuzen Sie die zutreffende Zahl rechts daneben an. Denken Sie daran, dass sich die Fragen nur auf die letzten **4 Wochen (28 Tage)** beziehen.

WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE)...	über- haupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
22. Hat Ihr Gewicht einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
23. Hat Ihre Figur einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
24. Wie stark hätte es Sie aus der Fassung gebracht, wenn Sie aufgefordert worden wären, sich in den nächsten vier Wochen einmal pro Woche zu wiegen (nicht mehr oder weniger häufig)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
25. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
26. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrer Figur ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
27. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
28. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn andere Ihre Figur gesehen haben (z. B. in Gemeinschaftsumkleideräumen, beim Schwimmen oder beim Tragen enger Kleidung)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

Datum/Unterschrift