

MODUL 1

INSTITUTION

Datum:

Zur Anonymisierung bitten wir Sie, für Ihre Institution einen Code zu erstellen. Tragen Sie dazu in die vorgesehenen Felder sechs freigewählte Buchstaben ein. Bitte geben Sie diesen jetzt von Ihnen bestimmten Institutions-Code auf jedem Bogen unter **Institutions-Code** wieder an.

INSTITUTIONS-CODE:

1. ORGANISATION UND TRÄGER

1.1 Ihre Institution ist:

- ☐ Beratungs- und Therapieeinrichtung für Ess-Störungen
- ☐ Frauen-Beratungsstelle
- ☐ Suchtberatungsstelle
- ☐ Psychotherapeutische Ambulanz
- ☐ Erziehungs-/Ehe-/Lebensberatungsstelle
- ☐ sonstiges, und zwar: _____

1.2 Gesamteinrichtung

- ☐ Ihre Institution ist eine Gesamteinrichtung

Ihre Institution ist Teil einer Gesamteinrichtung:

- ☐ einer Beratungsstelle
- ☐ eines Amtes/einer Behörde/eines Sozialen Dienstes
- ☐ eines Krankenhauses
- ☐ sonstiges, und zwar: _____

1.3 Träger

- ☐ Gemeinnütziger Verein
- ☐ Öffentlicher Träger (Bund/Land/Stadt/Kreis/etc.)
- ☐ Konfessioneller Träger
- ☐ sonstiges, und zwar: _____

1.4 Ihre Institution führt durch:

- ☐ ausschließlich Beratung
- ☐ ausschließlich Therapie
- ☐ Beratung und Therapie

2. EINWOHNER(INNEN) IN IHRER REGION

- ☐ bis ca. 50.000
- ☐ ca. 50.000 - 200.000
- ☐ ca. 200.000 - 500.000
- ☐ ab ca. 500.000 Einwohner(innen)

3. HÄUFIGKEIT DER INANSPRUCHNAHME BEI ESS-STÖRUNGEN

Bitte schätzen Sie etwa die Anzahl der Klientinnen/Patientinnen mit Ess-Störungen pro Jahr und tragen Sie sie jeweils ein:

Kurze Beratungen (unter 5 Terminen): _____

Lange Beratungen (über 5 Termine): _____

Telefonische Beratungen: _____

Einzeltherapien: _____

Paar-/Familientherapien: _____

Gruppentherapien: _____

Angehörigengruppen: _____

Sonstige Gruppen: : _____

Anzahl der
Gruppen

durchschnittliche
Teilnehmerzahl

4. SPEZIALISIERUNG

4.1 Gibt es in ihrer Einrichtung neben der Beratung bei/Behandlung von Ess-Störungen weitere Schwerpunkte?

- ☐ ja, und zwar die folgenden: _____
- ☐ nein, es werden ausschließlich Ess-Störungen beraten/behandelt

Modul 1: Basisdaten zur Institution

4.2 Welche ess-störungsspezifischen Interventionen finden in Ihrer Beratungsstelle statt?

Bitte kreuzen Sie an, Mehrfachnennungen sind möglich:

- | | |
|--|---|
| ☐ Ess-Tagebücher, Ess-Protokolle | ☐ Ernährungsberatung |
| ☐ gesundheitliche Aufklärung/Thema Frauengesundheit | ☐ Kochgruppen |
| ☐ Einzelberatung | ☐ Familienberatung |
| ☐ Angehörigenberatung | ☐ Angehörigengruppen |
| ☐ Gestaltungsgruppen | ☐ Bewegungsgruppen |
| ☐ Frauengruppen mit frauenspezifischem Ansatz | ☐ gemischte Gruppen |
| ☐ Frauengruppen ohne frauenspezifischem Ansatz | ☐ _____ |

5. ABRECHNUNGSMODUS BEI ESS-STÖRUNGEN

Gewichten Sie die Abrechnungsweisen für Behandlungen bei Ess-Störungen in Ihrer Institution mit:

0 : nicht 1 : selten 2 : oft 3 : (fast) nur und tragen Sie bitte in jede Klammer die zutreffende Ziffer (0/ 1 / 2 / 3) ein.

Abrechnungsweisen für Beratung / Therapie bei Ess-Störungen

	<i>Einzel</i>	<i>Paar</i>	<i>Familien</i>	<i>Gruppen</i>
Krankenkassen (auch Ersatz-, Privatkassen usw.)	()	()	()	()
BSHG / KJHG	()	()	()	()
Selbstzahler(in) (nicht Privatkassen)	()	()	()	()
Gebühr/Spende	()	()	()	()
Ohne Bezahlung	()	()	()	()
Rentenversicherung	()	()	()	()
sonstiges, und zwar: _____	()	()	()	()

6. WELCHE ANGEBOTE BEI ESS-STÖRUNGEN GIBT ES IN IHRER EINRICHTUNG?

- ☐ Beratung ☐ Psychotherapie ☐ Sozialtherapie ☐ Kreative Therapie (Tanzth./Körpererth./Musikth./Kunstth.)

6.1 Welches Beratungs-/Behandlungssetting bieten Sie bei Ess-Störungen an?

- ☐ Einzelsetting ☐ Paar-/Familiensetting ☐ Gruppensetting ☐ Angehörigen-Gruppen/-Seminare

7. ZUR ALTERSSTRUKTUR DER INANSPRUCHNAHMEKlientEL UND ZUM BEHANDLUNGS-SETTING BEI ESS-STÖRUNGEN

Gewichten Sie die Altersgruppen der Patientinnen / Klientinnen mit Ess-Störungen in Ihrer Institution mit:

0 : nicht 1 : selten 2 : oft 3 : (fast) nur Tragen Sie bitte in jede Klammer die zutreffende Nummer (0 / 1 / 2 / 3) ein.

Beratungs- / Behandlungssetting bei Ess-Störungen

<i>Altersgruppen</i>	<i>Einzel</i>	<i>Paar</i>	<i>Familien</i>	<i>Gruppen</i>
Kinder (bis 13 Jahre)	()	()	()	()
Jugendliche (bis 21 Jahre)	()	()	()	()
Junge Erwachsene (bis 27 Jahre)	()	()	()	()
Erwachsene (ab 28 Jahre)	()	()	()	()
Erwachsene (ab 40 Jahre)	()	()	()	()

Modul 1: Basisdaten zur Institution

8. GRUNDORIENTIERUNG IN IHRER INSTITUTION

Arbeitsschwerpunkte bei Ess-Störungen

Grundorientierung	im Einzelsetting:	im Paar-/Familiensetting:	im Gruppensetting:
psychodynamisch	()	()	()
(kognitiv) verhaltenstherapeutisch	()	()	()
humanistisch	()	()	()
systemisch	()	()	()
feministisch	()	()	()

9. BERATERINNEN IN IHRER INSTITUTION, DIE MIT ESS-STÖRUNGEN ARBEITEN

(Falls Ihre Institution Teil einer Gesamteinrichtung ist, beziehen Sie sich bitte auf Ihren Arbeitsbereich.)

Geschlecht und Alter der BeraterInnen	(bitte Anzahl in Ihrer Einrichtung eintragen)	
Alter:	weiblich:	männlich:
bis 30 Jahre	()	()
30 - 45 Jahre	()	()
über 45 Jahre	()	()

Berufsgruppen und Beschäftigungsstatus der BeraterInnen	(bitte jeweils Anzahl in Ihrer Einrichtung eintragen)			
	Fest-angestellte	Durchschn. Wochenstd.	Freiberufliche/ Honorarkräfte	Durchschn. Wochenstunden
Dipl.-SozialarbeiterIn/Dipl.-SozialpädagogIn	()	()	()	()
Dipl.-PädagogIn	()	()	()	()
Dipl.-PsychologIn	()	()	()	()
ÄrztIn	()	()	()	()
Dipl.-ÖkotrophologIn	()	()	()	()
PraktikantInnen	()	()	()	()
Sonstige (bitte nennen)	()	()	()	()
_____	()	()	()	()

10. THERAPEUTINNEN IN IHRER INSTITUTION, DIE MIT ESS-STÖRUNGEN ARBEITEN

(Falls Ihre Institution Teil einer Gesamteinrichtung ist, beziehen Sie sich bitte auf Ihren Arbeitsbereich.)

Geschlecht, Alter der Therapeuten/innen	(bitte Anzahl in Ihrer Einrichtung eintragen)	
Alter:	weiblich:	männlich:
bis 30 Jahre	()	()
30 - 45 Jahre	()	()
über 45 Jahre	()	()

Modul 1: Basisdaten zur Institution

Berufsgruppen und Beschäftigungsstatus der TherapeutInnen		(bitte jeweils Anzahl in Ihrer Einrichtung eintragen)		
	Fest- angestellte	Durchschn. Wochenstd.	Freiberufliche/ Honorarkräfte	Durchschn. Wochenstunden
Dipl.-SozialarbeiterIn/Dipl.-SozialpädagogIn	()	()	()	()
Dipl.-PädagogIn	()	()	()	()
Dipl.-PsychologIn	()	()	()	()
ÄrztIn	()	()	()	()
Dipl.-ÖkotrophologIn	()	()	()	()
PraktikantInnen	()	()	()	()
Sonstige (bitte nennen)				
_____	()	()	()	()

11. KOOPERATION BEI ESS-STÖRUNGEN

Kooperiert Ihre Institution mit:	immer	in der Regel	selten	nie
Hausarzt/-ärztin (auch Pädiater)	☐	☐	☐	☐
Gynäkologe/Gynäkologin	☐	☐	☐	☐
Internist/Internistin	☐	☐	☐	☐
Kinder- und Jugendpsychiater(in)	☐	☐	☐	☐
Psychiater(in) / Nervenarzt/-ärztin	☐	☐	☐	☐
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)	☐	☐	☐	☐
Ärztliche/psychologische Psychotherapeuten	☐	☐	☐	☐
Medizinische Klinik/Krankenhaus	☐	☐	☐	☐
Psychotherapeutische/psychosomatische Klinik	☐	☐	☐	☐
Fachklinik für Ess-Störungen	☐	☐	☐	☐
Psychiatrische/kinder- und jugendpsychiatrische Klinik	☐	☐	☐	☐

MODUL 2 B

BERATERIN

Datum: _____

Zum Schutz Ihrer Daten bitten wir Sie, sich einen **individuellen Code** zu erstellen und diesen individuellen Code auch bei den folgenden Modulen wieder unter **BeraterIn-Code** anzugeben.

Um sich den von Ihnen erstellten individuellen Code auch für weitere Bearbeitungen einzuprägen, können Sie zur Vereinfachung z.B. die ersten drei Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter und die ersten drei Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters eintragen. (Lautet der Vorname Ihrer Mutter so z.B. "Anna" und der Ihres Vaters "Olaf", ergibt sich der Code: ANN OLA.)

BERATERIN-CODE:							
INSTITUTIONS-CODE:							

1. BERUFSERFAHRUNG

1.1 Beraterische Arbeit

Beraterisch insgesamt bisher tätig seit _____ Jahren.

In der beraterischen Arbeit mit essgestörten KlientInnen tätig seit _____ Jahren.

1.2 Arbeitsanteile in Ihrer beraterischen Arbeit bei Ess-Störungen

Bitte schätzen Sie von Ihrer Arbeit im letzten Jahr den Prozentanteil: $\Sigma = 100\%$.

Arbeitsanteil beträgt mit:

einzelnen Erwachsenen:	ca. _____ %	einzelnen Kindern und Jugendlichen:	ca. _____ %
Familien:	ca. _____ %	Gruppen:	ca. _____ %
Paaren:	ca. _____ %	Fortbildungen/Schulungen	ca. _____ %
Supervisionstätigkeit:	ca. _____ %	mit anderen, und zwar:	
Eltern:	ca. _____ %	_____	ca. _____ %

2. BERATERISCHE ORIENTIERUNG

Tragen Sie bei Mehrfachnennungen bitte die Rangfolge in die Klammern ein; d.h. die Nummer 1 für das Wichtigste, usw. !

- | | | | |
|---------------------------------------|-----|--|-----|
| ☐ psychodynamisch | () | ☐ (kognitiv) verhaltenstherapeutisch | () |
| ☐ humanistisch | () | ☐ integrativ | () |
| ☐ systemisch | () | ☐ feministisch | () |

3. IHRE ÜBERWIEGENDE ARBEITSWEISE IN DER BERATUNGSARBEIT BEI ESS-STÖRUNGEN

3.1 Setting (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachantworten sind möglich)

Arbeiten Sie im:	Einzelsetting	Paar-/Familiensetting	Gruppensetting
allein	☐	☐	☐
mit Co-BeraterIn	☐	☐	☐

3.2 Wie werden die Beratungen dokumentiert (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich).

- | | |
|---|--|
| ☐ Protokoll | ☐ ohne, keine Aufzeichnungen |
| ☐ Audio-/Video-Aufzeichnungen | ☐ Fragebögen |

3.3 Methodik bei Ess-Störungen

Arbeiten Sie im:	Einzelsetting	Paar-/Familiensetting	Gruppensetting
mit Gesprächen	☐	☐	☐
mit Informationsmaterial über Ernährung/Diät/Ess-Störungen	☐	☐	☐
Ess-Kontrolltechniken	☐	☐	☐
mit Essprotokollen/Esstagebüchern	☐	☐	☐
Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation	☐	☐	☐
mit Genogrammen/Skulpturverfahren/Aufstellungen u. ähnl.	☐	☐	☐
kunsttherapeutisch	☐	☐	☐
mit körperorientierten Verfahren (Tanz-/Bewegungs-/Körpertherapie)	☐	☐	☐
mit Psychodrama/Rollenspiel	☐	☐	☐
mit anderen Verfahren: _____	☐	☐	☐

4. ART DER BESCHÄFTIGUNG

4.1 Beschäftigungsstatus

- ☐ fest angestellt ☐ freie Mitarbeit/Honorarkraft ☐ ehrenamtlich
- ☐ sonstiges, und zwar _____

4.2 Beschäftigungsumfang

- ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit mit _____ Wochenstunden
- ☐ sonstiges, und zwar _____

5. BERUFLICHE QUALIFIKATION

5.1 Ausbildungsstand

- ☐ Dipl.-PsychologIn ☐ Dipl.-PädagogIn ☐ Dipl.-SozialarbeiterIn ☐ Dipl.-SozialpädagogIn
- ☐ Dipl.-ÖkotrophologIn ☐ ÄrztIn ☐ Approbation ☐ Kassenzulassung
- ☐ sonstiges, und zwar: _____

5.2 Zusatzqualifikationen

Bitte geben Sie an:

Art der Qualifikation:	Institut:	Beginn:	Abschluss voraussichtlich bzw. seit
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

Geburtsjahr _____ Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

T

Qualitätsmanagement für Beratungsstellen
mit dem Schwerpunkt "Ess-Störungen"

Universität Göttingen
Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie und für Ess-Störungen
BundesFachverband Ess-Störungen (BFE)

Modul 2 T: TherapeutIn

MODUL 2 T

THERAPEUTIN

Datum: _____

Zum Schutz Ihrer Daten bitten wir Sie, sich einen individuellen Code zu erstellen und diesen individuellen Code auch bei den folgenden Modulen wieder unter **TherapeutIn-Code** anzugeben.

Um sich den von Ihnen erstellten individuellen Code auch für weitere Bearbeitungen einzuprägen, können Sie zur Vereinfachung z.B. die ersten drei Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter und die ersten drei Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters eintragen. (Lautet der Vorname Ihrer Mutter so z.B. "Anna" und der Ihres Vaters "Olaf", ergibt sich der Code: ANN OLA.)

THERAPEUTIN-CODE:							
INSTITUTIONS-CODE:							

1. BERUFSERFAHRUNG

1.1 Therapeutische Arbeit

Psychotherapeutisch insgesamt bisher tätig seit _____ Jahren.

In der therapeutischen Arbeit mit essgestörten KlientInnen tätig seit _____ Jahren.

1.2 Arbeitsanteile in Ihrer therapeutischen Arbeit bei Ess-Störungen

Bitte schätzen Sie von Ihrer Arbeit im letzten Jahr den Prozentanteil: $\Sigma = 100\%$.

Arbeitsanteil beträgt mit:

einzelnen Erwachsenen:	ca. _____ %	einzelnen Kindern und Jugendlichen:	ca. _____ %
Familien:	ca. _____ %	Gruppen:	ca. _____ %
Paaren:	ca. _____ %	Fortbildungen/Schulungen	ca. _____ %
Supervisionstätigkeit:	ca. _____ %	mit anderen, und zwar:	
Eltern:	ca. _____ %	_____	ca. _____ %

2. THERAPEUTISCHE ORIENTIERUNG

Tragen Sie bei Mehrfachnennungen bitte die Rangfolge in die Klammern ein; d.h. die Nummer 1 für das Wichtigste, usw. !

☐ psychodynamisch	()	☐ (kognitiv) verhaltenstherapeutisch	()
☐ humanistisch	()	☐ integrativ	()
☐ systemisch	()	☐ feministisch	()

3. IHRE ÜBERWIEGENDE ARBEITSWEISE IN DER THERAPIE VON ESS-STÖRUNGEN

3.1 Setting (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachantworten sind möglich)

Arbeiten Sie im:	Einzelsetting	Paar-/Familiensetting	Gruppensetting
allein	☐	☐	☐
mit Co-TherapeutIn	☐	☐	☐

3.2 Wie werden die Therapien dokumentiert (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich).

☐ Protokoll	☐ ohne, keine Aufzeichnungen
☐ Audio-/Video-Aufzeichnungen	☐ Fragebögen

3.3 Methodik bei Ess-Störungen

Arbeiten Sie im:	Einzelsetting	Paar-/Familiensetting	Gruppensetting
mit Gesprächen	☐	☐	☐
mit Informationsmaterial über Ernährung/Diät/Ess-Störungen	☐	☐	☐
Ess-Kontrolltechniken	☐	☐	☐
mit Essprotokollen/Esstagebüchern	☐	☐	☐
Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation	☐	☐	☐
mit Genogrammen/Skulpturverfahren/Aufstellungen u. ähnl.	☐	☐	☐
kunsttherapeutisch	☐	☐	☐
mit körperorientierten Verfahren (Tanz-/Bewegungs-/Körpertherapie)	☐	☐	☐
mit Psychodrama/Rollenspiel	☐	☐	☐
mit anderen Verfahren: _____	☐	☐	☐

4. ART DER BESCHÄFTIGUNG

4.1 Beschäftigungsstatus

- ☐ fest angestellt ☐ freie Mitarbeit/Honorarkraft ☐ ehrenamtlich
- ☐ sonstiges, und zwar _____

4.2 Beschäftigungsumfang

- ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit mit _____ Wochenstunden
- ☐ sonstiges, und zwar _____

5. BERUFLICHE QUALIFIKATION

5.1 Ausbildungsstand

- ☐ Dipl.-PsychologIn ☐ Dipl.-PädagogIn ☐ Dipl.-SozialarbeiterIn ☐ Dipl.-SozialpädagogIn
- ☐ Dipl.-ÖkotrophologIn ☐ ÄrztIn ☐ Approbation ☐ Kassenzulassung
- ☐ sonstiges, und zwar: _____

5.2 Zusatzqualifikationen

Bitte geben Sie an:

Art der Qualifikation:

Institut:

Beginn:

Abschluss
voraussichtlich bzw. seit

6. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

Geburtsjahr _____

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Geb.-Datum: _____

FALL-KENNNUMMER: _____



MODUL 3

TELEFONISCHE BERATUNG

INSTITUTIONS - CODE:						
BeraterIn-/TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum: _____

1. Das Alter des/der von der Ess-Störung betroffenen Mädchens/Frau ist: _____

2. Art der Ess-Störung: ☐ Magersucht ☐ Bulimie ☐ Ess-Sucht mit Übergewicht/binge eating
☐ latente Ess-Sucht ☐ Sonstiges _____

3. Die Ess-Störung besteht seit _____

4. Der/die AnruferIn ist:

☐ Betroffene/r selbst

☐ Angehörige/r → Verwandtschaftsbeziehung: _____

☐ Partner/in

☐ Befreundete Person

☐ Kollege/in

☐ Angehörige/r einer Institution → Beruf/Funktion: _____

☐ Medien

5. Anliegen (mehrere Antworten sind möglich)

☐ Information über Ess-Störungen allgemein

☐ Information über Behandlungsmöglichkeiten

☐ Information über Umgang mit eigener Erkrankung

☐ Information über Umgang mit der Erkrankung bei Angehörigen/Freunden/Kollegen

☐ Anmeldung zur Beratung

☐ Anmeldung zur Therapie

☐ Krisenintervention

☐ Sonstige Problematik: _____

Problembeschreibung bitte auf der Rückseite

6. Dauer der Beratung

☐ Kurzberatung (bis 15 Min.)

☐ Beratung (15 – 30 Min.)

☐ längere Beratung (über 30 Min.)

7. Ergebnis der Beratung (mehrere Antworten sind möglich)

☐ Einladung zu einem Erstgespräch

☐ Überweisung an eine andere Institution

☐ Beratung über Umgangs- und Verhaltensmöglichkeiten

☐ Übersendung von Informationsmaterial

☐ Empfehlung von Behandlungsmöglichkeiten

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Geb.-Datum: _____

FALL-KENNNUMMER:

--	--	--	--	--	--	--



MODUL 4

EINMALIGE BERATUNG

INSTITUTIONS - CODE:						
BeraterIn-/TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum: _____

1. Das Alter des/der von der Ess-Störung betroffenen Mädchens/Frau ist: _____

2. Art der Ess-Störung: ☐ Magersucht ☐ Bulimie ☐ Ess-Sucht mit Übergewicht/binge eating
☐ latente Ess-Sucht ☐ Sonstiges _____

3. Die Ess-Störung besteht seit _____

4. Die Person der / des Ratsuchenden ist:

- ☐ Betroffene/r selbst
- ☐ Angehörige/r → Verwandtschaftsbeziehung: _____
- ☐ Partner/in
- ☐ Befreundete Person
- ☐ Kollege/in
- ☐ Angehörige/r einer Institution → Beruf/Funktion: _____

5. Anliegen (mehrere Antworten sind möglich)

- ☐ Information über Ess-Störungen allgemein
- ☐ Information über Behandlungsmöglichkeiten
- ☐ Information über Umgang mit eigener Erkrankung
- ☐ Information über Umgang mit der Erkrankung bei Angehörigen/Freunden/Kollegen
- ☐ Krisenintervention
- ☐ Sonstige Problematik: _____

Problembeschreibung bitte auf der Rückseite

6. Dauer der Beratung

- ☐ Kurzberatung (bis 15 Min.)
- ☐ Beratung (15 – 30 Min.)
- ☐ längere Beratung (30 – 45 Min.)
- ☐ lange Beratung (45 – 60 Min.)
- ☐ Intensive Beratung (über 60 Min.)

7. Ergebnis der Beratung (mehrere Antworten sind möglich)

- ☐ Überweisung an eine andere Institution
- ☐ Beratung über Umgangs- und Verhaltensmöglichkeiten
- ☐ Aushändigung von Informationsmaterial
- ☐ Empfehlung / Vermittlung von Behandlungsmöglichkeiten

INSTITUTIONS - CODE:
1. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:
2. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:
Fall-Kennnummer:

Datum:

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 5 K KURZVERSION GRUNDDATEN KLIENTIN

Bitte kreuzen Sie an, was für die Klientin zutrifft. Bei den Leerzeilen bitte die Antworten aufschreiben.

1. GEBURTSJAHR _____

2. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT

- ☐ Arbeiterin
- ☐ Facharbeiterin
- ☐ einfache/mittlere Angestellte/Beamtin
- ☐ höhere Angestellte/Beamtin
- ☐ Selbständige
- ☐ Auszubildende / Umschülerin
- ☐ Schülerin / Studentin
- ☐ Hausfrau
- ☐ Rentnerin
- ☐ arbeitslos
- ☐ sonstiges (bitte eintragen:) _____

3. FAMILIENSTAND

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ getrennt lebend
- ☐ verwitwet

4. LEBENSSITUATION

aktuell in fester Partnerschaft lebend

- ☐ ja ☐ nein
- wenn ja
- ☐ hetero ☐ lesbisch

5. NATIONALITÄT

- ☐ deutsch
- ☐ andere (bitte eintragen:)

6. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT

- ☐ evangelisch
- ☐ römisch-katholisch
- ☐ andere (bitte eintragen:)
- ☐ konfessionslos

7. DIAGNOSE(N)

Bitte Diagnose(n) (nach Wichtigkeit) nach ICD-10 eintragen:

8. BESTEHT BEI DER KLIENTIN EINE SUCHTPROBLEMATIK?

- ☐ nein
- ☐ ja und zwar (bitte angeben:)

9. AKTUELLES GEWICHT _____ KG UND KÖRPERGRÖßE _____ CM DER KLIENTIN
10. SEIT WANN IST DAS ESSVERHALTEN DER KLIENTIN GESTÖRT (JAHR)? _____
11. SEIT WANN BESTEHT DIE ESS-STÖRUNG, DERETWEGEN DIE KLIENTIN JETZT HILFE SUCHT? _____ (MONATE)
12. WELCHES WAR DAS BISHER HÖCHSTES GEWICHT DER KLIENTIN BEI JETZIGER KÖRPERGRÖßE _____ KG WANN WAR DAS (JAHR) _____
13. WELCHES WAR DAS BISHER NIEDRIGSTES GEWICHT DER KLIENTIN BEI JETZIGER KÖRPERGRÖßE _____ KG WANN WAR DAS (JAHR) _____
14. WIE HÄUFIG HAT DIE KLIENTIN IN DEN LETZTEN DREI MONATEN FOLGENDE MAßNAHMEN ZUR GEWICHTSKONTROLLE DURCHSCHNITTTLICH ANGEWANDT:

	<i>2 x tägl. u. häufiger</i>	<i>1 x tägl.</i>	<i>2-3 x wöchentlich</i>	<i>1 x wöchentlich</i>	<i>alle 14 Tage</i>	<i>1 x im Monat</i>
<i>Essanfälle</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Erbrechen</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Gebrauch von Abführmitteln</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Gebrauch von Ent- wässerungsmitteln, Appetitzüglern</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Auslassen von Mahl- zeiten</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Betont kalorienarmes Essen</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Essen nach einem festen Plan</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fastentage</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sport zur Gewichts- kontrolle</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. IST DIE KLIENTIN IN BEHANDLUNG?

- ☐ ja und zwar in ärztlicher Behandlung
- ☐ ja und zwar in psychiatrischer Behandlung
- ☐ ja und zwar in psychotherapeutischer Behandlung
- ☐ ja , die Klientin wird mit Psychopharmaka behandelt
- ☐ nein

Modul 5 K: Kurzversion Grunddaten

16. WAR DIE KLIENTIN WEGEN EINER ESS-STÖRUNG BEREITS FRÜHER IN BEHANDLUNG?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, in ambulanter Behandlung
- ☐ Ja, in stationärer Behandlung
- ☐ Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

17. WENN DIE KLIENTIN WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN AMBULANTER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE:

(Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>regulär beendet</i>	<i>Abbruch</i>	<i>unbekannt</i>
☐ Hausärztin/-arzt	_____	☐	☐	☐
☐ andere(r) Ärztin/Arzt	_____	☐	☐	☐
☐ Beratungsstelle für Ess-Störungen	_____	☐	☐	☐
☐ Sucht- oder andere Beratungsstelle	_____	☐	☐	☐
☐ ärztliche(r)/psychologische(r) Psychotherapeut(in)	_____	☐	☐	☐
☐ Psychiater(in)/Nervenarzt(-ärztin)	_____	☐	☐	☐
☐ Andere (z. B. Heilpraktiker(in); bitte angeben welche): _____	_____	☐	☐	☐

18. WENN DIE KLIENTIN WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE (Mehrfachnennungen sind möglich):

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>regulär beendet</i>	<i>Abbruch</i>	<i>unbekannt</i>
☐ Allgemeinkrankenhaus	_____	☐	☐	☐
☐ Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie	_____	☐	☐	☐
☐ Psychosomatisches Krankenhaus/ Rehaklinik	_____	☐	☐	☐
☐ Andere (bitte angeben welche): _____	_____	☐	☐	☐

19. WIE WURDE DIE KIENTIN AUF IHRE INSTITUTION AUFMERKSAM UND WER STELLTE DEN ERSTEN KONTAKT ZUR INSTITUTION HER?

	Auf- merksam	Kontakt
Klientin in Eigeninitiative	☐	☐
Mutter der Klientin	☐	☐
Ein anderes Familienmitglied, und zwar: _____	☐	☐
Partner(in) der Klientin	☐	☐
Hausarzt/-ärztin oder Facharzt/-ärztin für _____	☐	☐
Psychiatrischer Facharzt/Fachärztin oder Kinder- u. Jugendpsychiater(in)	☐	☐
Niedergelassene/r Psychotherapeut(in)	☐	☐
Psychosomatische Fachklinik	☐	☐
Allgemeines Krankenhaus	☐	☐
Krankenkasse	☐	☐
Andere Beratungsstelle	☐	☐
Schule/Ausbildungs-/Arbeitsstätte	☐	☐
Jugendamt/Gesundheitsamt	☐	☐
Beratungsstelle, und zwar: _____	☐	☐
Eine befreundete Person	☐	☐
Ernährungsberater(in)	☐	☐
Sonstige Person, und zwar: _____	☐	☐
Medien/Telefonbuch/andere Verzeichnisse	☐	☐
Internet	☐	☐

20. ERGEBNIS DER BERATUNG (mehrere Antworten sind möglich)

- ☐ Information über die Ess-Störung
- ☐ Information über Behandlungsmöglichkeiten
- ☐ Abklärung der Ess-Störung und ihrer Zusammenhänge
- ☐ Einsicht, dass eine Ess-Störung vorliegt
- ☐ Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit / Schaffen bzw. Verbesserung einer Behandlungsmotivation
- ☐ Übergang in eine längerfristige Beratung oder Therapie in der eigenen Institution
- ☐ Überweisung an eine ambulante Therapie
- ☐ Überweisung an eine stationäre Therapie
- ☐ ärztliche Untersuchung
- ☐ Veränderung des Umgangs mit der Ess-Störung, und zwar:
 - ☐ regelmäßigeres Essen ☐ Gewichtszunahme ☐ Abnehmen von Essanfällen/Erbrechen
 - ☐ ausgewogenere Ernährung
 - ☐ andere, bitte nennen: _____
- ☐ Aufnahme einer Ernährungsberatung
- ☐ positivere Einstellung zum eigenen Körper
- ☐ Verbesserung der sonstigen psychischen Symptomatik
 - ☐ Depressivität ☐ Ängstlichkeit ☐ Selbstwertprobleme
 - ☐ andere, bitte nennen: _____
- ☐ Veränderung der sozialen Beziehungen: ☐ familiär ☐ Partnerschaft ☐ Freundschaften
- ☐ soziale Veränderungen:
 - ☐ schulisch/beruflich ☐ andere, bitte nennen: _____
- ☐ Veränderung des Umgangs mit der Ess-Störung **bei Angehörigen:**
 - ☐ offenerer Umgang mit der Störung ☐ Vermeidung unfruchtbarer Auseinandersetzungen
 - ☐ andere, bitte nennen: _____
- ☐ andere Veränderungen, bitte nennen: _____

Modul 5 L: Grunddaten Klient(in)

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 5 L GRUNDDATEN, BIOGRAPHIE
VORHERGEHENDE BEHANDLUNGEN

DATUM: _____

Sehr geehrte Klientin,

in diesem Fragebogen werden einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer gegenwärtigen Lebenssituation sowie auch zu Ihren Eltern und Ihrer Kindheit und Jugendzeit erhoben. Hiermit können wir z. B. Alter, Bildungsstand, familiäre Situation, eventuelle familiäre Belastungen und Einstellungen und Erfahrungen unserer Klientinnen zu wichtigen Lebensbereichen insgesamt und deren Veränderungen erfassen sowie eventuell mit denen anderer Einrichtungen vergleichen.

Außerdem erfassen wir mit diesem Fragebogen vorhergehende Behandlungen, an denen Sie eventuell bereits teilgenommen haben. Diese Angaben helfen uns, z. B. den Nutzen von Behandlungsmaßnahmen oder einer bestimmten Reihenfolge von Maßnahmen, zu denen auch die von uns angebotenen Möglichkeiten gehören, einzuschätzen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Modul 5 L: Grunddaten Klient(in)

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Bei den Leerzeilen bitte die Antworten aufschreiben.

1. GEBURTSJAHR _____

2. HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS

- ☐ noch Schülerin
- ☐ Sonderschulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss/Mittlere Reife
- ☐ Abitur/Fachhochschulreife
- ☐ kein Abschluss
- ☐ sonstiger Abschluss _____

4. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT

- ☐ Arbeiterin
- ☐ Facharbeiterin
- ☐ einfache/mittlere Angestellte/Beamtin
- ☐ höhere Angestellte/Beamtin
- ☐ Selbständige
- ☐ Auszubildende/ Umschülerin
- ☐ Schülerin / Studentin
- ☐ Hausfrau
- ☐ Rentnerin
- ☐ arbeitslos
- ☐ sonstiges _____

7. NATIONALITÄT

- ☐ deutsch
 - ☐ andere (bitte eintragen:)
- _____

3. HÖCHSTER BERUFSABSCHLUSS

- ☐ noch in (Berufs-) Ausbildung
- ☐ Lehre
- ☐ Meisterin
- ☐ Fachhochschul- /Hochschulabschluss
- ☐ ohne Abschluss
- ☐ sonstiger Abschluss _____

5. ERWERBSTÄTIGKEIT

- ☐ Vollzeit erwerbstätig
- ☐ Teilzeit erwerbstätig
- ☐ nicht erwerbstätig

6. HAUPTZEINKOMMENSQUELLE

- ☐ Einkommen durch Arbeit / Rente
- ☐ Unterstützung durch Eltern
- ☐ Unterhalt durch Ehegatten /partner(in)
- ☐ Arbeitslosengeld/-hilfe
- ☐ Sozialhilfe
- ☐ BAFöG
- ☐ sonstiges _____

8. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT

- ☐ evangelisch
 - ☐ römisch-katholisch
 - ☐ andere (bitte eintragen:)
 - ☐ konfessionslos
- _____

Modul 5 L: Grunddaten Klient(in)

9. FAMILIENSTAND

- ☐ ledig
☐ verheiratet
☐ geschieden
☐ getrennt lebend
☐ verwitwet

10. LEBENSITUATION

aktuell in fester Partnerschaft lebend

- ☐ ja ☐ nein

wenn ja

- ☐ hetero ☐ lesbisch

11. WOHNSTUATION

Wie wohnen Sie zur Zeit?

- ☐ allein
☐ im Elternhaus
☐ bei den Schwiegereltern
☐ mit (Ehe-) Partner / mit Partnerin
☐ mit eigener Familie
☐ mit den Kindern
☐ in einer Wohngemeinschaft
☐ sonstiges (bitte eintragen): _____

12. KINDER

Anzahl der Kinder: _____

Anzahl der Kinder, die mit im Haushalt leben: _____

13. GEBURTSJAHR MUTTER _____

VERSTORBEN _____

VATER _____

VERSTORBEN _____

(Falls zutreffend,
bitte Jahr eintragen)

14. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT	MUTTER	VATER
<i>Bitte tragen Sie hier die derzeitige Berufstätigkeit ein</i>		
Arbeiter(in)	☐	☐
Facharbeiter(in)	☐	☐
einfache(r)/mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	☐	☐
höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	☐	☐
Selbständige(r)	☐	☐
Auszubildende(r) / Umschüler(in)	☐	☐
Schüler(in) / Student(in)	☐	☐
Hausfrau / Hausmann	☐	☐
Rentner(in)	☐	☐
arbeitslos	☐	☐
sonstiges	☐	☐

15. ERWERBSTÄTIGKEIT	MUTTER	VATER
<i>Bitte tragen Sie hier den derzeitigen Umfang der Erwerbstätigkeit ein</i>		
Vollzeit erwerbstätig	☐	☐
Teilzeit erwerbstätig	☐	☐
nicht erwerbstätig	☐	☐

Modul 5 L: Grunddaten Klient(in)

16. NATIONALITÄT	MUTTER	VATER
deutsch	☐	☐
andere (bitte eintragen)	_____	_____

17. BEI ANDERER NATIONALITÄTSZUGEHÖRIGKEIT ODER FALLS SIE EINER AUSSIEDLERFAMILIE ANGEHÖREN:

Seit wann lebt Ihre Familie in Deutschland? Falls Sie nicht gemeinsam in die Bundesrepublik kamen, führen Sie die Daten bitte für die jeweiligen Personen gesondert an:

Falls Sie Aussiedlerin sind, aus welchem Herkunftsland kamen Sie? _____

18. FALLS SIE AUS DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN STAMMEN:

18.1 Sind Sie in der ehemaligen DDR geboren?

☐ ja ☐ nein

18.2 Und auch überwiegend dort aufgewachsen?

☐ ja ☐ nein

19. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT	MUTTER	VATER
evangelisch	☐	☐
römisch-katholisch	☐	☐
andere (bitte eintragen)	_____	_____
konfessionslos	☐	☐

20. FAMILIENSTAND	MUTTER	VATER
ledig	☐	☐
verheiratet	☐	☐
getrennt lebend (seit wann:)	_____	
geschieden (seit wann:)	_____	
wiederverheiratet	☐	☐
(seit wann:)	_____	_____

- ☐ bei beiden leiblichen Eltern
- ☐ bei einem alleinerziehenden Elternteil
- ☐ in Stieffamilie
- ☐ in Adoptiv-/Pflegefamilie
- ☐ anderes (bitte eintragen:) _____

O ja, als (bitte eintragen) _____

23. BELASTUNGEN IN DER FAMILIE

[illegible]

Modul 5 L: Grunddaten Klient(in)

24. FRAGEN ZU AUSSEHEN, FIGUR UND DIÄT

(Bitte kreuzen Sie jeweils an, was auf Sie zutrifft)

Ich wurde wegen meiner Figur in meiner Familie kritisiert bzw. geärgert:

		immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	
in meiner Jugendzeit (12 bis 18 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	

Ich wurde wegen meines Aussehens in meiner Familie kritisiert bzw. geärgert:

		immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	
in meiner Jugendzeit (12 bis 18 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	

Ich wurde wegen meiner Figur von Gleichaltrigen kritisiert bzw. geärgert:

		immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	
in meiner Jugendzeit (12 bis 18 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	

Ich wurde wegen meines Aussehens von Gleichaltrigen kritisiert bzw. geärgert:

		immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	
in meiner Jugendzeit (12 bis 18 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	

Im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen habe ich mich wegen meines Aussehens bzw. meiner Figur minderwertig gefühlt:

- ☐ ja, in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)
- ☐ ja, in meiner Jugend (12 bis 18 Jahre)
- ☐ ja, als Erwachsene
- ☐ nein, nie

Im Vergleich zu Frauen und Mädchen in Zeitschriften habe ich mich wegen meines Aussehens bzw. meiner Figur minderwertig gefühlt:

- ☐ ja, in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)
- ☐ ja, in meiner Jugend (12 bis 18 Jahre)
- ☐ ja, als Erwachsene
- ☐ nein, nie

Gibt es jemanden in Ihrer Familie, der sich selbst zu dick findet?

- ☐ ja, meine Mutter
- ☐ ja, mein Vater
- ☐ ja, meine Schwester
- ☐ ja, mein Bruder
- ☐ ja, jemand anderes aus meiner Familie
- ☐ nein, niemand

Was denken Sie, wie wichtig es für Ihre Mutter und Ihren Vater ist, eine schlanke Figur zu haben?

	Sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Mutter	☐	☐	☐	☐
Vater	☐	☐	☐	☐

Was denken Sie, wie wichtig attraktives Aussehen für Ihre Mutter und Ihren Vater ist?

	Sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Mutter	☐	☐	☐	☐
Vater	☐	☐	☐	☐

Modul 5 L: Grunddaten Klient(in)

Wie häufig unterhalten Sie sich mit Freundinnen über Gewicht und Figur? ... und über Diäten?

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals in der Woche
- ☐ einmal in der Woche
- ☐ einmal im Monat
- ☐ seltener als einmal im Monat
- ☐ nie

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals in der Woche
- ☐ einmal in der Woche
- ☐ einmal im Monat
- ☐ seltener als einmal im Monat
- ☐ nie

Woher bekommen Sie die meisten Informationen über Figur, Gewicht und Diäten?

(Bitte nur 2 Antworten ankreuzen)

- ☐ Eltern
- ☐ Freundinnen
- ☐ Freunde
- ☐ Schule
- ☐ Zeitschriften
- ☐ TV

Wessen Meinungen und Anschauungen über Figur und schönes Aussehen zählen für Sie am meisten?

(Mehrere Antworten möglich)

- ☐ die meiner Mutter
- ☐ die meines Vaters
- ☐ die meiner Schwester
- ☐ die meines Bruders
- ☐ die meiner Freundin
- ☐ die meines Freundes
- ☐ die anderer Mädchen/Frauen
- ☐ die anderer Jungen/Männer
- ☐ die meiner Lehrer(innen)
- ☐ die meines Trainers/meiner Trainerin
- ☐ das, was ich in im Fernsehen darüber sehe oder in Zeitschriften lese
- ☐ andere, und zwar _____

Vergleichen Sie sich mit Models in Zeitschriften, in Filmen oder im Fernsehen?

- ☐ immer ☐ meistens ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie

Würden Sie auch gern so aussehen?

- ☐ immer ☐ meistens ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie

Haben Sie den Eindruck, Ihr Leben wäre leichter, wenn Sie auch so aussähen wie Models in Zeitschriften, in Filmen oder im Fernsehen?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Hinsicht (Sie können mehrere Antworten ankreuzen):

- ☐ es wäre leichter, einen Partner/eine Partnerin zu haben
- ☐ es wäre leichter, von Frauen anerkannt zu sein
- ☐ es wäre leichter, von Männern anerkannt zu sein
- ☐ es wäre leichter, beruflichen Erfolg zu haben
- ☐ es wäre in anderen Bereichen des täglichen Lebens leichter

Modul 5 L: Grunddaten Klient(in)

25. FÜR WIE ZUTREFFEND HALTEN SIE FOLGENDE AUSSAGEN:

Frauen, die nicht schlank sind, müssen sich mehr anstrengen als andere,

... um beruflichen Erfolg zu haben.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

... um von anderen Frauen anerkannt zu sein.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

... um von Männern anerkannt zu sein.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

... um einen Partner/eine Partnerin zu finden.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Für Frauen/Mädchen ist es genauso leicht oder schwierig, für Leistungen anerkannt zu werden, wie für Männer/Jungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich bin mit meiner beruflichen Situation (oder schulischen Situation bzw. Studiensituation) zufrieden.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich würde im Beruf (Schule, Studium) gerne mehr leisten als ich es tue.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich vergleiche meine Leistungen im Beruf (Schule, Studium) hauptsächlich mit der anderer Frauen/Mädchen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich vergleiche meine Leistungen im Beruf (Schule, Studium) hauptsächlich mit der anderer Männer/Jungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe den Eindruck, dass ich im Vergleich mit den Leistungen anderer Frauen/Mädchen

☐ besser ☐ genauso gut ☐ schlechter ☐ nicht einschätzbar ☐ abschneide.

Ich habe den Eindruck, dass ich im Vergleich mit den Leistungen von Männern/Jungen

☐ besser ☐ genauso gut ☐ schlechter ☐ nicht einschätzbar ☐ abschneide.

Mein Bruder/meine Brüder sind in der Schule/Studium/Beruf mehr gefördert worden als ich.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau ☐ trifft nicht zu, habe keinen Bruder
-2 -1 0 +1 +2

Ich fühle mich in meinen beruflichen Plänen von meiner Familie ausreichend unterstützt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe einen eigenen Raum zur Verfügung, in den ich mich zurückziehen kann.

☐ ja ☐ nein

Ich habe den Eindruck, dass meine Mutter und mein Vater gleichberechtigte Partner sind.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 5 L: Grunddaten Klient(in)

Ich bin finanziell unabhängig.

- ☐ ja, voll und ganz ☐ ja, weitgehend ☐ nein, eher nicht ☐ nein, überhaupt nicht

In unserer Lebensgemeinschaft ist der Hauptverdiener/die Hauptverdienerin

- ☐ mein Partner ☐ meine Partnerin ☐ ich ☐ wir verdienen beide etwa gleich viel

Falls Ihr Partner/Ihre Partnerin Hauptverdiener ist, fühlen Sie sich von ihm/ihr abhängig?

- ☐ ja, voll und ganz ☐ ja, weitgehend ☐ nein, eher nicht ☐ nein, überhaupt nicht

Die Pflichten in Haushalt und Kindererziehung liegen hauptsächlich bei

- ☐ meinem Partner ☐ meiner Partnerin ☐ mir ☐ teilen wir gleichmäßig auf

Ich fühle mich in meinen Lebensplänen von meinem Partner/meiner Partnerin ausreichend unterstützt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Der finanzielle Rahmen, den ich habe, ist für mich (und meine Familie) voll ausreichend.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Falls Sie getrennt leben bzw. geschieden sind, gibt es mit Ihrem ehemaligen Partner/geschiedenen Mann Konflikte um (Bitte kreuzen Sie alle auf Sie zutreffenden Antworten an):

- ☐ das Sorgerecht für die Kinder
☐ den Umgang mit den Kindern
☐ den Unterhalt für die Kinder
☐ den Unterhalt für Sie
☐ andere materielle Regelungen

Frauen müssen sich in der Sexualität mehr den Männern anpassen als umgekehrt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich muss mich in meinen Partnerschaften sexuell mehr den Männern bzw. meinen Partnerinnen anpassen als umgekehrt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

In meinen Partnerschaften fühlte ich mich bisher körperlich angenommen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

In meiner jetzigen Partnerschaft fühle ich mich körperlich angenommen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

In meiner jetzigen Partnerschaft fühle ich mich sexuell befriedigt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich kann auf meine körperlichen/sexuellen Bedürfnisse selbst besser eingehen als mein(e) Partner/Partnerin(nen).

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

26. PROBLEMBEWERTUNG ZUM BEGINN DER BERATUNG/THERAPIE

Bitte geben Sie eine zusammenfassende Einschätzung hinsichtlich Ihrer Probleme:

Ausprägung:	0: nicht vorhanden	1: wenig ausgeprägt	3: mittlere Beeinträchtigung	5: starke Beeinträchtigung
1. Derzeitiges Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg Größe _____ (und kreuzen Sie an:)				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
2. Körpergefühl/-wahrnehmung				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
3. Essanfälle				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
4. Erbrechen				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/ Appetitzüglern				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
8. Ernährungsqualität				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
10. Probleme mit Selbstwertgefühl				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
11. Soziale Isolation				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
12. Depressivität				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
13. Ängste				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
14. Zwanghafte Züge				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
16. Sonstige seelische Beeinträchtigung				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
18. Probleme in der Partnerbeziehung				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
21. Probleme in der Herkunftsfamilie				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4
24. Anderes: _____				
☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4

26.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von oben (1 – 24) verwenden)

VORHERGEHENDE BEHANDLUNGEN

27. WAREN SIE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG BEREITS FRÜHER IN BEHANDLUNG?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, in ambulanter Behandlung
- ☐ Ja, in stationärer Behandlung
- ☐ Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

28. WENN SIE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN AMBULANTER BEHANDLUNG WAREN, GEBEN SIE BITTE AN WO, WIE HÄUFIG, WIE LANGE JEWEILS UND WANN?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>von bis</i>	<i>Abgebrochen</i>
a) Hausärztin/-arzt	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja
b) andere(r) Ärztin/Arzt	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja
c) Beratungsstelle für Ess-Störungen	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja
d) Sucht- oder andere Beratungsstelle	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja
e) ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut(in)	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja
f) Psychiater/Nervenarzt	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja
g) Andere (z. B. Heilpraktiker; bitte angeben welche: _____	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja

29. WENN SIE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAREN, GEBEN SIE BITTE AN WO, WIE HÄUFIG, WIE LANGE JEWEILS UND WANN?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>von bis</i>	<i>Abgebrochen</i>
a) Allgemeinkrankenhaus	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja
b) Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja
c) Psychosomatisches Krankenhaus	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja
d) Andere (bitte angeben welche: _____	_____	_____	☐ Nein ☐ Ja

30. WELCHE DIESER VORBEHANDLER BZW. EINRICHTUNGEN WAREN AUF DIE BEHANDLUNG VON ESS-STÖRUNGEN SPEZIALISIERT?

(Bitte geben Sie die Ziffern und Buchstaben von Frage 28 und 29 an (z. B. 28c oder 29a) _____

31. WAS ERHOFFEN SIE SICH VON DER JETZIGEN BERATUNG/THERAPIE/GRUPPE (IM GEGENSATZ ZU FRÜHEREN ERFAHRUNGEN)

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 5 M GRUNDDATEN, BIOGRAPHIE VORHERGEHENDE BEHANDLUNGEN

DATUM: _____

Sehr geehrte Klientin,

in diesem Fragebogen werden einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer gegenwärtigen Lebenssituation sowie auch zu Ihren Eltern und Ihrer Kindheit und Jugendzeit erhoben. Hiermit können wir z. B. Alter, Bildungsstand, familiäre Situation, eventuelle familiäre Belastungen und Einstellungen und Erfahrungen unserer Klientinnen zu wichtigen Lebensbereichen insgesamt und deren Veränderungen erfassen sowie eventuell mit denen anderer Einrichtungen vergleichen.

Außerdem erfassen wir mit diesem Fragebogen vorhergehende Behandlungen, an denen Sie eventuell bereits teilgenommen haben. Diese Angaben helfen uns, z. B. den Nutzen von Behandlungsmaßnahmen oder einer bestimmten Reihenfolge von Maßnahmen, zu denen auch die von uns angebotenen Möglichkeiten gehören, einzuschätzen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Modul 5 M: Grunddaten Klient(in)

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Bei den Leerzeilen _____ bitte die Antworten aufschreiben.

1. GEBURTSJAHR _____

2. HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS

- ☐ noch Schülerin
- ☐ Sonderschulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss/Mittlere Reife
- ☐ Abitur/Fachhochschulreife
- ☐ kein Abschluss
- ☐ sonstiger Abschluss _____

3. HÖCHSTER BERUFSABSCHLUSS

- ☐ noch in (Berufs-) Ausbildung
- ☐ Lehre
- ☐ Meisterin
- ☐ Fachhochschul- /Hochschulabschluss
- ☐ ohne Abschluss
- ☐ sonstiger Abschluss _____

4. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT

- ☐ Arbeiterin
- ☐ Facharbeiterin
- ☐ einfache/mittlere Angestellte/Beamtin
- ☐ höhere Angestellte/Beamtin
- ☐ Selbständige
- ☐ Auszubildende/ Umschülerin
- ☐ Schülerin / Studentin
- ☐ Hausfrau
- ☐ Rentnerin
- ☐ arbeitslos
- ☐ sonstiges _____

5. ERWERBSTÄTIGKEIT

- ☐ Vollzeit erwerbstätig
- ☐ Teilzeit erwerbstätig
- ☐ nicht erwerbstätig

6. HAUPTZEINKOMMENSQUELLE

- ☐ Einkommen durch Arbeit / Rente
- ☐ Unterstützung durch Eltern
- ☐ Unterhalt durch Ehegatten /partner(in)
- ☐ Arbeitslosengeld/-hilfe
- ☐ Sozialhilfe
- ☐ BAFöG
- ☐ sonstiges _____

7. NATIONALITÄT

- ☐ deutsch
 - ☐ andere (bitte eintragen:)
- _____

8. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT

- ☐ evangelisch
 - ☐ römisch-katholisch
 - ☐ andere (bitte eintragen:)
 - ☐ konfessionslos
- _____

Modul 5 M: Grunddaten Klient(in)

9. FAMILIENSTAND

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ getrennt lebend
- ☐ verwitwet

10. LEBENSITUATION

aktuell in fester Partnerschaft lebend

- ☐ ja ☐ nein
- wenn ja
- ☐ hetero ☐ lesbisch

12. KINDER

Anzahl der Kinder: _____ Anzahl der Kinder, die mit im Haushalt leben: _____

13. GEBURTSJAHR MUTTER _____

VERSTORBEN _____ (Falls zutreffend,
bitte Jahr eintragen)

VATER _____

VERSTORBEN _____

14. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT	MUTTER	VATER
<i>Bitte tragen Sie hier die derzeitige Berufstätigkeit ein</i>		
Arbeiter(in)	☐	☐
Facharbeiter(in)	☐	☐
einfache(r)/mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	☐	☐
höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	☐	☐
Selbständige(r)	☐	☐
Auszubildende(r) / Umschüler(in)	☐	☐
Schüler(in) / Student(in)	☐	☐
Hausfrau / Hausmann	☐	☐
Rentner(in)	☐	☐
arbeitslos	☐	☐
sonstiges	☐	☐

15. ERWERBSTÄTIGKEIT	MUTTER	VATER
<i>Bitte tragen Sie hier den derzeitigen Umfang der Erwerbstätigkeit ein</i>		
Vollzeit erwerbstätig	☐	☐
Teilzeit erwerbstätig	☐	☐
nicht erwerbstätig	☐	☐

11. WOHNSTITUATION

Wie wohnen Sie zur Zeit?

- ☐ allein
- ☐ im Elternhaus
- ☐ bei den Schwiegereltern
- ☐ mit (Ehe-) Partner / mit Partnerin
- ☐ mit eigener Familie
- ☐ mit den Kindern
- ☐ in einer Wohngemeinschaft
- ☐ sonstiges (bitte eintragen): _____

Modul 5 M: Grunddaten Klient(in)

16. NATIONALITÄT	MUTTER	VATER
deutsch	☐	☐
andere (bitte eintragen)	_____	_____

17. BEI ANDERER NATIONALITÄTSZUGEHÖRIGKEIT ODER FALLS SIE EINER AUSSIEDLERFAMILIE ANGEHÖREN:

Seit wann lebt Ihre Familie in Deutschland? Falls Sie nicht gemeinsam in die Bundesrepublik kamen, führen Sie die Daten bitte für die jeweiligen Personen gesondert an:

Falls Sie Aussiedlerin sind, aus welchem Herkunftsland kamen Sie? _____

18. FALLS SIE AUS DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN STAMMEN:

18.1 Sind Sie in der ehemaligen DDR geboren?

☐ ja ☐ nein

18.2 Und auch überwiegend dort aufgewachsen?

☐ ja ☐ nein

19. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT	MUTTER	VATER
evangelisch	☐	☐
römisch-katholisch	☐	☐
andere (bitte eintragen)	_____	_____
konfessionslos	☐	☐

20. FAMILIENSTAND	MUTTER	VATER
ledig	☐	☐
verheiratet	☐	☐
getrennt lebend (seit wann:)	_____	
geschieden (seit wann:)	_____	
wiederverheiratet	☐	☐
(seit wann:)	_____	_____

- ☐ bei beiden leiblichen Eltern
- ☐ bei einem alleinerziehenden Elternteil
- ☐ in Stieffamilie
- ☐ in Adoptiv-/Pflegefamilie
- ☐ anderes (bitte eintragen:) _____

O nein _____

O ja, als (bitte eintragen) _____

Ess-Störungen, seelische Erkrankungen, gestörtes Essverhalten u. a./psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

[illegible]

Modul 5 M: Grunddaten Klient(in)

24. FRAGEN ZU AUSSEHEN, FIGUR UND DIÄT

(Bitte kreuzen Sie jeweils an, was auf Sie zutrifft)

Ich wurde wegen meiner Figur in meiner Familie kritisiert bzw. geärgert:

		immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	
in meiner Jugendzeit (12 bis 18 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	

Ich wurde wegen meines Aussehens in meiner Familie kritisiert bzw. geärgert:

		immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	
in meiner Jugendzeit (12 bis 18 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	

Ich wurde wegen meiner Figur von Gleichaltrigen kritisiert bzw. geärgert:

		immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	
in meiner Jugendzeit (12 bis 18 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	

Ich wurde wegen meines Aussehens von Gleichaltrigen kritisiert bzw. geärgert:

		immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	
in meiner Jugendzeit (12 bis 18 Jahre)	☐	☐	☐	☐	☐	

Im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen habe ich mich wegen meines Aussehens bzw. meiner Figur minderwertig gefühlt:

- ☐ ja, in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)
- ☐ ja, in meiner Jugend (12 bis 18 Jahre)
- ☐ ja, als Erwachsene
- ☐ nein, nie

Im Vergleich zu Frauen und Mädchen in Zeitschriften habe ich mich wegen meines Aussehens bzw. meiner Figur minderwertig gefühlt:

- ☐ ja, in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)
- ☐ ja, in meiner Jugend (12 bis 18 Jahre)
- ☐ ja, als Erwachsene
- ☐ nein, nie

Gibt es jemanden in Ihrer Familie, der sich selbst zu dick findet?

- ☐ ja, meine Mutter
- ☐ ja, mein Vater
- ☐ ja, meine Schwester
- ☐ ja, mein Bruder
- ☐ ja, jemand anderes aus meiner Familie
- ☐ nein, niemand

Was denken Sie, wie wichtig es für Ihre Mutter und Ihren Vater ist, eine schlanke Figur zu haben?

	Sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Mutter	☐	☐	☐	☐
Vater	☐	☐	☐	☐

Was denken Sie, wie wichtig attraktives Aussehen für Ihre Mutter und Ihren Vater ist?

	Sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Mutter	☐	☐	☐	☐
Vater	☐	☐	☐	☐

Modul 5 M: Grunddaten Klient(in)

Wie häufig unterhalten Sie sich mit Freundinnen über Gewicht und Figur?

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals in der Woche
- ☐ einmal in der Woche
- ☐ einmal im Monat
- ☐ seltener als einmal im Monat
- ☐ nie

... und über Diäten?

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals in der Woche
- ☐ einmal in der Woche
- ☐ einmal im Monat
- ☐ seltener als einmal im Monat
- ☐ nie

Woher bekommen Sie die meisten Informationen über Figur, Gewicht und Diäten?

(Bitte nur 2 Antworten ankreuzen)

- ☐ Eltern
- ☐ Freundinnen
- ☐ Freunde
- ☐ Schule
- ☐ Zeitschriften
- ☐ TV

Wessen Meinungen und Anschauungen über Figur und schönes Aussehen zählen für Sie am meisten?

(Mehrere Antworten möglich)

- ☐ die meiner Mutter
- ☐ die meines Vaters
- ☐ die meiner Schwester
- ☐ die meines Bruders
- ☐ die meiner Freundin
- ☐ die meines Freundes
- ☐ die anderer Mädchen/Frauen
- ☐ die anderer Jungen/Männer
- ☐ die meiner Lehrer(innen)
- ☐ die meines Trainers/meiner Trainerin
- ☐ das, was ich in im Fernsehen darüber sehe oder in Zeitschriften lese
- ☐ andere, und zwar _____

Vergleichen Sie sich mit Models in Zeitschriften, in Filmen oder im Fernsehen?

- ☐ immer ☐ meistens ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie

Würden Sie auch gern so aussehen?

- ☐ immer ☐ meistens ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie

Haben Sie den Eindruck, Ihr Leben wäre leichter, wenn Sie auch so aussähen wie Models in Zeitschriften, in Filmen oder im Fernsehen?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Hinsicht (Sie können mehrere Antworten ankreuzen):

- ☐ es wäre leichter, einen Partner/eine Partnerin zu haben
- ☐ es wäre leichter, von Frauen anerkannt zu sein
- ☐ es wäre leichter, von Männern anerkannt zu sein
- ☐ es wäre leichter, beruflichen Erfolg zu haben
- ☐ es wäre in anderen Bereichen des täglichen Lebens leichter

Modul 5 M: Grunddaten Klient(in)

25. FÜR WIE ZUTREFFEND HALTEN SIE FOLGENDE AUSSAGEN:

Frauen, die nicht schlank sind, müssen sich mehr anstrengen als andere,

... um beruflichen Erfolg zu haben.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

... um von anderen Frauen anerkannt zu sein.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

... um von Männern anerkannt zu sein.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

... um einen Partner/eine Partnerin zu finden.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Für Frauen/Mädchen ist es genauso leicht oder schwierig, für Leistungen anerkannt zu werden, wie für Männer/Jungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich bin mit meiner beruflichen Situation (oder schulischen Situation bzw. Studiensituation) zufrieden.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich würde im Beruf (Schule, Studium) gerne mehr leisten als ich es tue.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich vergleiche meine Leistungen im Beruf (Schule, Studium) hauptsächlich mit der anderer Frauen/Mädchen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich vergleiche meine Leistungen im Beruf (Schule, Studium) hauptsächlich mit der anderer Männer/Jungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe den Eindruck, dass ich im Vergleich mit den Leistungen anderer Frauen/Mädchen

☐ besser ☐ genauso gut ☐ schlechter ☐ nicht einschätzbar ☐ abschneide.

Ich habe den Eindruck, dass ich im Vergleich mit den Leistungen von Männern/Jungen

☐ besser ☐ genauso gut ☐ schlechter ☐ nicht einschätzbar ☐ abschneide.

Mein Bruder/meine Brüder sind in der Schule/Studium/Beruf mehr gefördert worden als ich.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau ☐ trifft nicht zu, habe keinen Bruder
-2 -1 0 +1 +2

Ich fühle mich in meinen beruflichen Plänen von meiner Familie ausreichend unterstützt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe einen eigenen Raum zur Verfügung, in den ich mich zurückziehen kann.

☐ ja ☐ nein

Ich habe den Eindruck, dass meine Mutter und mein Vater gleichberechtigte Partner sind.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 5 M: Grunddaten Klient(in)

Ich bin finanziell unabhängig.

☐ ja, voll und ganz ☐ ja, weitgehend ☐ nein, eher nicht ☐ nein, überhaupt nicht

In unserer Lebensgemeinschaft ist der Hauptverdiener/die Hauptverdienerin

☐ mein Partner ☐ meine Partnerin ☐ ich ☐ wir verdienen beide etwa gleich viel

Falls Ihr Partner/Ihre Partnerin Hauptverdiener ist, fühlen Sie sich von ihm/ihr abhängig?

☐ ja, voll und ganz ☐ ja, weitgehend ☐ nein, eher nicht ☐ nein, überhaupt nicht

Die Pflichten in Haushalt und Kindererziehung liegen hauptsächlich bei

☐ meinem Partner ☐ meiner Partnerin ☐ mir ☐ teilen wir gleichmäßig auf

Ich fühle mich in meinen Lebensplänen von meinem Partner/meiner Partnerin ausreichend unterstützt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Der finanzielle Rahmen, den ich habe, ist für mich (und meine Familie) voll ausreichend.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Falls Sie getrennt leben bzw. geschieden sind, gibt es mit Ihrem ehemaligen Partner/geschiedenen Mann Konflikte um (Bitte kreuzen Sie alle auf Sie zutreffenden Antworten an):

- ☐ das Sorgerecht für die Kinder
- ☐ den Umgang mit den Kindern
- ☐ den Unterhalt für die Kinder
- ☐ den Unterhalt für Sie
- ☐ andere materielle Regelungen

Frauen müssen sich in der Sexualität mehr den Männern anpassen als umgekehrt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich muss mich in meinen Partnerschaften sexuell mehr den Männern bzw. meinen Partnerinnen anpassen als umgekehrt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

In meinen Partnerschaften fühlte ich mich bisher körperlich angenommen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

In meiner jetzigen Partnerschaft fühle ich mich körperlich angenommen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

In meiner jetzigen Partnerschaft fühle ich mich sexuell befriedigt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich kann auf meine körperlichen/sexuellen Bedürfnisse selbst besser eingehen als mein(e) Partner/Partnerin(nen).

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

26. PROBLEMBEWERTUNG ZUM BEGINN DER BERATUNG/THERAPIE

Bitte geben Sie eine zusammenfassende Einschätzung hinsichtlich Ihrer Probleme:

Ausprägung: 0: nicht vorhanden						1: wenig ausgeprägt	3: mittlere Beeinträchtigung	5: starke Beeinträchtigung
1. Derzeitiges Gewicht (Bitte geben Sie an:)						_____ kg	Größe _____	
(und kreuzen Sie an:)								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
2. Körpergefühl/-wahrnehmung								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
3. Essanfälle								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
4. Erbrechen								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/ Appetitzüglern								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
8. Ernährungsqualität								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
10. Probleme mit Selbstwertgefühl								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
11. Soziale Isolation								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
12. Depressivität								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
13. Ängste								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
14. Zwanghafte Züge								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
16. Sonstige seelische Beeinträchtigung								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
18. Probleme in der Partnerbeziehung								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
21. Probleme in der Herkunftsfamilie								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			
24. Anderes: _____								
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
0	1	2	3	4	5			

26.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von oben (1 – 24) verwenden)

26.3 Seit wann ist Ihr Essverhalten gestört (Jahr)? _____

26.4 Seit wann besteht die Ess-Störung, deretwegen Sie uns jetzt aufsuchen? _____

(Monate)

26.5 Welches war Ihr bisher höchstes Gewicht bei jetziger Körpergröße _____ kg
Wann war das (Jahr) _____

26.6 Welches war Ihr bisher niedrigstes Gewicht bei jetziger Körpergröße _____ kg
Wann war das (Jahr) _____

26.7 Bitte geben Sie an, wie häufig folgendes in den letzten drei Monaten bei Ihnen durchschnittlich auftrat:

	2 x tägl. u. häufiger	1 x tägl.	2-3 x wöchentlich	1 x wöchentlich	alle 14 Tage	1 x im Monat
<i>Essanfälle</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Erbrechen</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Gebrauch von Abführmitteln</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Gebrauch von Ent- wässerungsmitteln, Appetitzüglern</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Auslassen von Mahlzeiten</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Betont kalorienarmes Essen</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Essen nach einem festen Plan</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fastentage</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Sport zur Gewichtskontrolle</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VORHERGEHENDE BEHANDLUNGEN

28. WAREN SIE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG BEREITS FRÜHER IN BEHANDLUNG?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, in ambulanter Behandlung
- ☐ Ja, in stationärer Behandlung
- ☐ Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

Modul 5 M: Grunddaten Klient(in)

29. WENN SIE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN AMBULANTER BEHANDLUNG WAREN, GEBEN SIE BITTE AN WO, WIE HÄUFIG, WIE LANGE JEWEILS UND WANN?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>von bis</i>	<i>Abgebrochen</i>
a) Hausärztin/-arzt	_____	_____	O Nein O Ja
b) andere(r) Ärztin/Arzt	_____	_____	O Nein O Ja
c) Beratungsstelle für Ess-Störungen	_____	_____	O Nein O Ja
d) Sucht- oder andere Beratungsstelle	_____	_____	O Nein O Ja
e) ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut(in)	_____	_____	O Nein O Ja
f) Psychiater/Nervenarzt	_____	_____	O Nein O Ja
g) Andere (z. B. Heilpraktiker; bitte angeben welche: _____	_____	_____	O Nein O Ja

30. WENN SIE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAREN, GEBEN SIE BITTE AN WO, WIE HÄUFIG, WIE LANGE JEWEILS UND WANN?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>von bis</i>	<i>Abgebrochen</i>
a) Allgemeinkrankenhaus	_____	_____	O Nein O Ja
b) Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie	_____	_____	O Nein O Ja
c) Psychosomatisches Krankenhaus	_____	_____	O Nein O Ja
d) Andere (bitte angeben welche: _____	_____	_____	O Nein O Ja

31. WELCHE DIESER VORBEHANDLER BZW. EINRICHTUNGEN WAREN AUF DIE BEHANDLUNG VON ESS-STÖRUNGEN SPEZIALISIERT?

(Bitte geben Sie die Ziffern und Buchstaben von Frage 29 und 30 an (z. B. 29c oder 30a) _____

32. WAS ERHOFFEN SIE SICH VON DER JETZIGEN BERATUNG/THERAPIE/GRUPPE (IM GEGENSATZ ZU FRÜHEREN ERFAHRUNGEN)

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

Modul 6

KONTAKTAUFNAHME/ ERSTGESPRÄCHE

Datum des Erstgesprächs: _____

Datum der Modulbearbeitung: _____

1. KONTAKTAUFNAHME

1.1 Wie wurde die Klientin auf ihre Ess-Störung aufmerksam?

<i>Selbst</i>	☐
<i>Durch Familienangehörige</i>	☐
<i>Durch den Partner/ die Partnerin</i>	☐
<i>Durch ein krisenhaftes Ereignis, und zwar: _____</i>	☐
<i>Durch einen bedrohlichen Gesundheitszustand</i>	☐
<i>Durch einen Arzt/eine Ärztin</i>	☐
<i>Durch einen Lehrer/eine Lehrerin</i>	☐
<i>Durch eine(n) niedergelassene(n) Therapeutin/en</i>	☐
<i>Durch Nachlassen der schulischen/beruflichen Leistungsfähigkeit</i>	☐
<i>Durch eine befreundete Person</i>	☐
<i>Durch die Medien</i>	☐
<i>Anderes, und zwar: _____</i>	☐

1.2 Wie wurde die Klientin auf Ihre Institution aufmerksam und wer stellte den ersten Kontakt zur Institution her?

	Auf- merksam	Kontakt
<i>Klientin in Eigeninitiative</i>	☐	☐
<i>Mutter der Klientin</i>	☐	☐
<i>Ein anderes Familienmitglied, und zwar: _____</i>	☐	☐
<i>Partner(in) der Klientin</i>	☐	☐
<i>Hausarzt/-ärztin oder Facharzt/-ärztin für _____</i>	☐	☐
<i>Psychiatrischer Facharzt/Fachärztin oder Kinder- u. Jugendpsychiater(in)</i>	☐	☐
<i>Niedergelassene/r Psychotherapeut(in)</i>	☐	☐
<i>Psychosomatische Fachklinik</i>	☐	☐
<i>Allgemeines Krankenhaus</i>	☐	☐
<i>Krankenkasse</i>	☐	☐
<i>Andere Beratungsstelle</i>	☐	☐
<i>Schule/Ausbildungs-/Arbeitsstätte</i>	☐	☐
<i>Jugendamt/Gesundheitsamt</i>	☐	☐
<i>Beratungsstelle und zwar: _____</i>	☐	☐
<i>Eine befreundete Person</i>	☐	☐
<i>Erährungsberater(in)</i>	☐	☐
<i>Sonstige Person, und zwar: _____</i>	☐	☐
<i>Medien/Telefonbuch/andere Verzeichnisse</i>	☐	☐
<i>Internet</i>	☐	☐

1.3 Die Kontaktaufnahme erfolgte

- ☐ telefonisch während der allgemeinen Sprechzeiten
- ☐ telefonisch während der Telefonsprechstunde
- ☐ Schriftlich / per E-Mail
- ☐ persönlich

1.4 Bei dem im Rahmen der Kontaktaufnahme formulierten Anliegen handelte es sich um (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ den Wunsch nach telefonischer Beratung innerhalb der Telefonsprechstunde
- ☐ den Wunsch nach einem zunächst unverbindlichen Info-/Beratungsgespräch
- ☐ den Wunsch/die Notwendigkeit einer Krisenintervention
- ☐ eine verbindliche Anmeldung zur Gruppentherapie
- ☐ eine verbindliche Anmeldung zur Einzeltherapie/-beratung
- ☐ den Wunsch nach einer Angehörigenberatung
- ☐ den Wunsch nach einer Ernährungsberatung
- ☐ eine verbindliche Anmeldung zur Paar-/Familientherapie/-beratung
- ☐ sonstiges, und zwar: _____

2. TEILNEHMER(INNEN) BEIM ERSTGESPRÄCH / BEI DEN ERSTGESPRÄCHEN

- ☐ Klientin alleine
- ☐ Klientin mit Partner(in)
- ☐ Klientin mit Familienangehörigen (ein oder mehrere)
- ☐ Klientin mit anderen: _____

3. WIE HOCH SCHÄTZEN SIE DIE MOTIVATION ZUR THERAPIE EIN BEI:

Klientin:	☐	☐	☐	☐	☐	
	-2	-1	0	1	2	
Partner(in):	☐	☐	☐	☐	☐	
	-2	-1	0	1	2	

-2 = stark ablehnend
-1 = leicht ablehnend
0 = indifferent
1 = etwas motiviert
2 = stark motiviert

Angehörige: (ggf. angeben) _____	☐	☐	☐	☐	☐
	-2	-1	0	1	2
_____	☐	☐	☐	☐	☐
	-2	-1	0	1	2

4. BESTEHT BEI DER KLIENTIN EINE SUCHTPROBLEMATIK?

- ☐ nein ☐ ja und zwar (bitte angeben:) _____

5. IST DIE KLIENTIN IN BEHANDLUNG?

- ☐ ja und zwar in ärztlicher Behandlung
- ☐ ja und zwar in psychiatrischer Behandlung
- ☐ ja und zwar in psychotherapeutischer Behandlung
- ☐ ja, die Klientin wird mit Psychopharmaka behandelt
- ☐ nein

6.1 Problembeschreibung zum Beginn der Beratung/Therapie

Ausprägung: 0: nicht vorhanden 1: wenig ausgeprägt 3: mittlere Beeinträchtigung 5: starke Beeinträchtigung

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg BMI: _____
(und kreuzen Sie bei a und b an:)

a) subjektiv für Klientin

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

b) objektiv (medizinisch)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Essanfälle

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Erbrechen

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/ Appetitzüglern

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. Ernährungsqualität

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

11. Soziale Isolation

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

12. Depressivität

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

13. Ängste

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

14. Zwanghafte Züge

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

24. Anderes: _____

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von Punkt 1 (1 – 24) verwenden)

7. VEREINBARUNGEN

Kein weiteres Gespräch vereinbart, weil:

- ☐ Entwicklung abgewartet wird
- ☐ Kontakt abgebrochen ist
- ☐ Problem gelöst ist
- ☐ andere Behandlungsform angezeigt ist
- ☐ _____

Weitere(s) Gespräch(e) vereinbart zu(r):

- ☐ fortführenden Diagnostik
- ☐ Krisenintervention
- ☐ Beratung
- ☐ Therapie
- ☐ Katamnese

8. DIAGNOSE(N)

Bitte Diagnose(n) (nach Wichtigkeit) nach ICD-10 eintragen:

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn-Code:						
2. BeraterIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN EINZUTRAGEN.

MODUL 7 B

AKTUELLE BERATUNGSSITUATION

(Nur auszufüllen bei einmaliger Zwischendokumentation oder bei erstmaliger Dokumentation in einer bereits laufenden Beratung)

Datum des Erstgesprächs: _____

Anzahl der bish. Sitzungen: _____

Falls Sie bereits Modul 6 bearbeitet haben, beginnen Sie bitte bei 2. auf der nächsten Seite!

1. KONTAKTAUFNAHME

1.1 Wie wurde die Klientin auf ihre Ess-Störung aufmerksam?

Selbst	☐
Durch Familienangehörige	☐
Durch den Partner /die Partnerin	☐
Durch ein krisenhaftes Ereignis, und zwar: _____	☐
Durch einen bedrohlichen Gesundheitszustand	☐
Durch einen Arzt/eine Ärztin	☐
Durch einen Lehrer/eine Lehrerin	☐
Durch eine(n) niedergelassene(n) Therapeutin/en	☐
Durch Nachlassen der schulischen/beruflichen Leistungsfähigkeit	☐
Durch eine befreundete Person	☐
Durch die Medien	☐
Anderes, und zwar: _____	☐

1.2 Wie wurde die Klientin auf Ihre Institution aufmerksam (wie wurde die Kontaktaufnahme veranlaßt) und wer stellte den ersten Kontakt zur Institution her?

	Auf- merksam	Kontakt
Klientin in Eigeninitiative	☐	☐
Mutter der Klientin	☐	☐
Ein anderes Familienmitglied, und zwar: _____	☐	☐
Partner(in) der Klientin	☐	☐
Hausarzt/-ärztin oder Facharzt/-ärztin für _____	☐	☐
Psychiatrischer Facharzt/Fachärztin oder Kinder- u. Jugendpsychiater(in)	☐	☐
Niedergelassene/r Psychotherapeut(in)	☐	☐
Psychosomatische Fachklinik	☐	☐
Allgemeines Krankenhaus	☐	☐
Krankenkasse	☐	☐
Andere Beratungsstelle	☐	☐
Schule/Ausbildungs-/Arbeitsstätte	☐	☐
Jugendamt	☐	☐
Eine befreundete Person	☐	☐
Ernährungsberater(in)	☐	☐
Sonstige Person, und zwar: _____	☐	☐
Medien	☐	☐
Internet	☐	☐

2. BEOBACHTUNGEN ZUR BISHERIGEN BERATUNG

2.1 Veränderungen von Problemen

Bitte geben Sie eine zusammenfassende Einschätzung der bisherigen Veränderungen hinsichtlich der Probleme der Klientin, sofern sie im bisherigen Beratungsverlauf bereits behandelt wurden:

(wesentlich verschlechtert [-2] → keine Veränderung [0] → wesentlich verbessert [2] → Problem tritt nicht mehr auf [3] trifft nicht zu [9])

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg BMI: _____
(und kreuzen Sie bei a und b an:)

a) subjektiv für Klientin

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

b) objektiv (medizinisch)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

3. Essanfälle

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

4. Erbrechen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/ Appetitzüglern

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

8. Ernährungsqualität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

11. Soziale Isolation

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

12. Depressivität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

13. Ängste

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

14. Zwanghafte Züge

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

24. Anderes: _____

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

2.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von Punkt 2.1 (1 – 24) verwenden)

3. WELCHE VERFAHREN UND METHODEN WURDEN IN WELCHEM SETTING ANGEWENDET?

(Bitte tragen Sie die bisherige(n) Stundenzahl(en) ein und in Klammern dahinter jeweils die durchschnittliche Dauer in Minuten)

Verfahren	Setting	Einzel	Gruppe	Paar/Familie	Angehörigen- gruppe	Angehörige einzel
psychodynamisch						
humanistisch						
systemisch						
verhaltenstherapeutisch						
integrativ						
feministisch						
kreativ (z.B. gestaltungs-/ kunsttherapeutisch)						
körperorientiert (tanz-/ bewegungstherapeutisch)						
Ernährungsberatung/ Gesundheitsberatung						
Informationen zu Ernährung/ Diät/Ess-Störungen						
Ess-Kontrolltechniken						
Essprotokolle/Esstagebücher						
Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehm./-regulation						
Psychodrama/Rollenspiel						

4. WIEVIEL ZEIT BENÖTIGEN SIE DURCHSCHNITTLICH ZUR NACHBEREITUNG/ DOKUMENTATION ?

☐ bis ca. 15 Min. ☐ ca. 15 – 30 Min. ☐ ca. 30 – 45 Min. ☐ mehr als 45 Min.

5. VEREINBARUNGEN

Weitere(s) Gespräch(e) vereinbart zu(r):

- ☐ fortführenden Diagnostik
- ☐ Krisenintervention
- ☐ Beratung
- ☐ Therapie
- ☐ Sozialen Maßnahmen
- ☐ Katamnese

Mit welchen Teilnehmern sind weitere Gespräche geplant?

6. DIAGNOSE(N)

Bitte Diagnose(n) (nach Wichtigkeit)
nach ICD-10 eintragen:

INSTITUTIONS - CODE:						
1. TherapeutIn-Code:						
2. TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

CODES UND KENNNUMMER VON THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 7 T AKTUELLE THERAPIESITUATION

(Nur auszufüllen bei einmaliger Zwischendokumentation oder bei erstmaliger Dokumentation in einer bereits laufenden Therapie)

Datum des Erstgesprächs: _____

Anzahl der bish. Sitzungen: _____

Falls Sie bereits Modul 6 bearbeitet haben, beginnen Sie bitte bei 2. auf der nächsten Seite !

1. KONTAKTAUFNAHME

1.1 Wie wurde die Klientin auf ihre Ess-Störung aufmerksam?

<i>Selbst</i>	☐
<i>Durch Familienangehörige</i>	☐
<i>Durch den Partner /die Partnerin</i>	☐
<i>Durch ein krisenhaftes Ereignis, und zwar: _____</i>	☐
<i>Durch einen bedrohlichen Gesundheitszustand</i>	☐
<i>Durch einen Arzt/eine Ärztin</i>	☐
<i>Durch einen Lehrer/eine Lehrerin</i>	☐
<i>Durch eine(n) niedergelassene(n) Therapeutin/en</i>	☐
<i>Durch Nachlassen der schulischen/beruflichen Leistungsfähigkeit</i>	☐
<i>Durch eine befreundete Person</i>	☐
<i>Durch die Medien</i>	☐
<i>Anderes, und zwar: _____</i>	☐

1.2 Wie wurde die Klientin auf Ihre Institution aufmerksam (wie wurde die Kontaktaufnahme veranlaßt) und wer stellte den ersten Kontakt zur Institution her?

	Auf- merksam	Kontakt
<i>Klientin in Eigeninitiative</i>	☐	☐
<i>Mutter der Klientin</i>	☐	☐
<i>Ein anderes Familienmitglied, und zwar: _____</i>	☐	☐
<i>Partner(in) der Klientin</i>	☐	☐
<i>Hausarzt/-ärztin oder Facharzt/-ärztin für _____</i>	☐	☐
<i>Psychiatrischer Facharzt/Fachärztin oder Kinder- u. Jugendpsychiater(in)</i>	☐	☐
<i>Niedergelassene/r Psychotherapeut(in)</i>	☐	☐
<i>Psychosomatische Fachklinik</i>	☐	☐
<i>Allgemeines Krankenhaus</i>	☐	☐
<i>Krankenkasse</i>	☐	☐
<i>Andere Beratungsstelle</i>	☐	☐
<i>Schule/Ausbildungs-/Arbeitsstätte</i>	☐	☐
<i>Jugendamt</i>	☐	☐
<i>Eine befreundete Person</i>	☐	☐
<i>Erährungsberater(in)</i>	☐	☐
<i>Sonstige Person, und zwar: _____</i>	☐	☐
<i>Medien</i>	☐	☐
<i>Internet</i>	☐	☐

2. BEOBACHTUNGEN ZUR BISHERIGEN BERATUNG

2.1 Veränderungen von Problemen

Bitte geben Sie eine zusammenfassende Einschätzung der bisherigen Veränderungen hinsichtlich der Probleme der Klientin, sofern sie im bisherigen Beratungsverlauf bereits behandelt wurden:

(wesentlich verschlechtert [-2] → keine Veränderung [0] → wesentlich verbessert [2] → Problem tritt nicht mehr auf [3] trifft nicht zu [9])

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg BMI: _____
(und kreuzen Sie bei a und b an:)

a) subjektiv für Klientin

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

b) objektiv (medizinisch)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

3. Essanfälle

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

4. Erbrechen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/ Appetitzüglern

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

8. Ernährungsqualität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

11. Soziale Isolation

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

12. Depressivität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

13. Ängste

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

14. Zwanghafte Züge

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

24. Anderes: _____

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

2.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von Punkt 2.1 (1 – 24) verwenden)

3. WELCHE VERFAHREN UND METHODEN WURDEN IN WELCHEM SETTING ANGEWENDET ?

(Bitte tragen Sie die bisherige(n) Stundenzahl(en) ein und in Klammern dahinter jeweils die durchschnittliche Dauer in Minuten)

Verfahren	Setting	Einzel	Gruppe	Paar/Familie	Angehörigen- gruppe	Angehörige einzeln
psychodynamisch						
humanistisch						
systemisch						
verhaltenstherapeutisch						
integrativ						
feministisch						
kreativ (z.B. gestaltungs-/ kunsttherapeutisch)						
körperorientiert (tanz-/ bewegungstherapeutisch)						
Ernährungsberatung/ Gesundheitsberatung						
Informationen zu Ernährung/ Diät/Ess-Störungen						
Ess-Kontrolltechniken						
Essprotokolle/Esstagebücher						
Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehm./-regulation						
Psychodrama/Rollenspiel						

4. WIEVIEL ZEIT BENÖTIGEN SIE DURCHSCHNITTLICH ZUR NACHBEREITUNG/ DOKUMENTATION ?

☐ bis ca. 15 Min. ☐ ca. 15 – 30 Min. ☐ ca. 30 – 45 Min. ☐ mehr als 45 Min.

5. VEREINBARUNGEN

Weitere(s) Gespräch(e) vereinbart zu(r):

- ☐ fortführenden Diagnostik
- ☐ Krisenintervention
- ☐ Beratung
- ☐ Therapie
- ☐ Sozialen Maßnahmen
- ☐ Katamnese

Mit welchen Teilnehmern sind weitere Gespräche geplant?

6. DIAGNOSE(N)

Bitte Diagnose(n) (nach Wichtigkeit)
nach ICD-10 eintragen:

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum:

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 8

PROBLEMBEWERTUNG ZUM ABSCHLUSS

1.1 Problembewertung zum Abschluss der Beratung/Therapie

Bitte geben Sie eine zusammenfassende Einschätzung der Veränderungen hinsichtlich der Probleme der Klientin, sofern sie im Verlauf der Beratung/Therapie behandelt werden konnten:

(wesentlich verschlechtert [-2] → keine Veränderung [0] → wesentlich verbessert [2] → Problem tritt nicht mehr auf [3] trifft nicht zu [9])

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg BMI: _____
(und kreuzen Sie bei a und b an:)

a) subjektiv für Klientin

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

b) objektiv (medizinisch)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

3. Essanfälle

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

4. Erbrechen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/ Appetitzüglern

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

8. Ernährungsqualität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

11. Soziale Isolation

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

12. Depressivität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

13. Ängste

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

14. Zwanghafte Züge

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

24. Anderes:

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

1.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von Punkt 1.1 (1 – 24) verwenden)

2. BERATUNGS-/THERAPIEVERLAUF

2.1 Wie beurteilen Sie den Erfolg der Beratung/Therapie?

Die Beratung/Therapie war insgesamt gesehen:

Kreuzen Sie bitte an: -1 hat geschadet 0: gar nicht erfolgreich 1: wenig erfolgreich 2: erfolgreich 3: sehr erfolgreich

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
-1 0 1 2 3

2.2 Welchen Anteil messen Sie der Beratung/Therapie an den Veränderungen bei?

Die Beratung/Therapie hatte wahrscheinlich:

Kreuzen Sie bitte an: 0: gar keinen Anteil 1: wenig Anteil 2: erheblichen Anteil

☐ ☐ ☐
0 1 2

2.3 Welche anderen Gründe könnten außer der Beratung/Therapie noch an den Veränderungen beteiligt gewesen sein?

Positiv ausgewirkt hat sich wahrscheinlich:

Erschwerend kam hinzu:

2.4 Wenn Sie alles bedenken, wie zufrieden sind Sie selbst mit der Beratung/Therapie?

Kreuzen Sie bitte an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

3. WAS FÜHRTE ZUM ABSCHLUSS DER BERATUNG/THERAPIE?

- ☐ Es erfolgte aus gemeinsamer Sicht von Berater(in)/Therapeut(in) und Patientin eine hinreichende Bearbeitung der Probleme.
- ☐ Die Patientin wollte mit den in der Beratung/Therapie erreichten Veränderungen erst einmal alleine zurechtkommen.
- ☐ Von Berater-/Therapeutenseite wurde ein Abschluss für sinnvoll erachtet.
- ☐ Eine stationäre Behandlung wurde erforderlich.
- ☐ Eine andere Form ambulanter Beratung/Therapie war indiziert.
- ☐ Es konnte keine konstruktive therapeutische Beziehung mehr etabliert werden.
- ☐ Aufgrund des Ausscheidens von Berater(in)/Therapeut(in).
- ☐ Aufgrund eines Wohnortwechsels der Patientin.
- ☐ Aufgrund eines Abbruchs durch die Patientin.

4. WIE SIND SIE MIT DER PATIENTIN ZUM ABSCHLUSS DER BERATUNG/THERAPIE VERBLIEBEN?

- ☐ Die Patientin versucht, alleine zurechtzukommen.
- ☐ Es wurde ein Gespräch zur Neuorientierung/Neubewertung nach _____ Monaten vereinbart.
- ☐ Es wurde die Fortsetzung einer anderen Beratung/Therapie eingeleitet, und zwar folgende:
-
- ☐ Es wurde eine Klinikeinweisung veranlasst.
- ☐ Aufgrund des Abbruchs durch die Patientin konnten keine Vereinbarungen getroffen werden.
- ☐ Es wurde eine katamnestische Nachbefragung nach _____ Monaten/_____ Jahren vereinbart.

5. ARBEITSWEISE UND DAUER

5.1 Welche Verfahren und Methoden wurden in welchem Setting angewendet?

(Bitte tragen Sie die Stundenzahl(en) ein und in Klammern dahinter jeweils die durchschnittliche Dauer in Minuten)

Verfahren	Setting	Einzeln	Gruppe	Paar/Familie	Angehörigen- gruppe	Angehörige einzeln
psychodynamisch						
humanistisch						
systemisch						
verhaltenstherapeutisch						
integrativ						
feministisch						
kreativ (z.B. gestaltungs-/ kunsttherapeutisch)						
körperorientiert (tanz-/ bewegungstherapeutisch)						
Ernährungsberatung/ Gesundheitsberatung						
Informationen zu Ernährung/ Diät/Ess-Störungen						
Ess-Kontrolltechniken						
Essprotokolle/Esstagebücher						
Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehm./-regulation						
Psychodrama/Rollenspiel						

5.2 Wie lange dauerte die Beratung/Therapie und wie viele Sitzungen fanden statt?

Dauer der Beratung/Therapie in Monaten: _____

Gesamtzahl der Sitzungen: _____

Durchschnittliche Stundenzahl pro Woche: _____

5.3 Wieviel Zeit benötigten Sie durchschnittlich zur Nachbereitung/ Dokumentation?

- ☐ bis ca. 15 Min. ☐ ca. 15 – 30 Min. ☐ ca. 30 – 45 Min. ☐ mehr als 45 Min.

6. ABSCHLIEßEND NOCH EINIGE FRAGEN ZU BESONDEREN BELASTUNGEN IN DER BIOGRAPHIE DER KLIENTIN

6.1 Sexueller Missbrauch in Kindheit oder Jugend

Gab es in Kindheit oder Jugend der Klientin Erlebnisse sexueller Art, die sehr unangenehm oder belastend waren, bei denen andere Personen ihre Machtposition ausnutzten bzw. die gegen den Willen der Klientin geschahen?

- ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Wenn ja: Wie alt war die Klientin bei Beginn?

_____ Jahre

Wie oft geschah dies?

- ☐ einmalig
☐ mehrfach
☐ mehrere Monate/häufiger
☐ mehrere Jahre/regelhaft
☐ nicht abgeklärt
☐ nicht zutreffend, kein Missbrauch

Welches Ausmaß hatte dies?

- ☐ Zeigen von Geschlechtsteilen
☐ (gegenseitiges) Berühren und Stimulieren von Geschlechtsteilen
☐ Verkehr
☐ nicht abgeklärt
☐ nicht zutreffend, kein Missbrauch

Durch wen?

- ☐ Vater
☐ Mutter
☐ Stiefvater
☐ Stiefmutter
☐ Onkel
☐ Tante
☐ Bruder
☐ Schwester
☐ Großvater
☐ Großmutter
☐ Bekannter der Familie
☐ Bekannte der Familie
☐ Fremder/andere männliche Person
☐ Fremde/andere weibliche Person
☐ nicht abgeklärt
☐ nicht zutreffend, kein sexueller Missbrauch

6.2 Sexueller Missbrauch als Erwachsene

Gab es irgendwann als Erwachsene bei der Klientin Erlebnisse sexueller Art, die sehr unangenehm oder belastend waren, bei denen andere Personen ihre Machtposition ausnutzten bzw. die gegen den Willen der Klientin geschahen?

- ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

6.3 Misshandlung

Wurde die Klientin als Kind geschlagen?

- ☐ häufig/regelmäßig
- ☐ manchmal
- ☐ nie/selten
- ☐ weiß sie nicht mehr
- ☐ nicht abgeklärt

Gab es in der Entwicklung der Klientin einen Elternteil oder einen anderen Erwachsenen, der sie so hart schlug, dass sie körperliche Verletzungen oder blaue Flecken davontrug?

	als Kind	als Jugendliche	als Erwachsene
ja, häufig (mehr als 10 mal)	☐	☐	☐
ja, mehrfach (2-10 mal)	☐	☐	☐
ja, einmal	☐	☐	☐
nein, niemals	☐	☐	☐
nicht abgeklärt	☐	☐	☐

Gab es in Kindheit oder Jugend der Klientin einen Elternteil oder einen anderen Erwachsenen, von dem sie sich so sehr bedroht fühlte, dass sie Angst hatte, körperliche Verletzungen davonzutragen?

Wer? _____

- ☐ ja, häufig (mehr als 10 mal)
- ☐ ja, mehrfach (2-10 mal)
- ☐ ja, einmal
- ☐ nein, niemals
- ☐ nicht abgeklärt

Gab es in Kindheit oder Jugend der Klientin einen Elternteil oder einen anderen Erwachsenen, der sie häufig beschimpfte oder sie anderweitig entwertete (z.B. sagte: Du bist ja blöd, taugst nichts, etc.)?

Wer? _____

- ☐ ja, häufig (mehr als 10 mal)
- ☐ ja, mehrfach (2-10 mal)
- ☐ ja, einmal
- ☐ nein, niemals
- ☐ nicht abgeklärt

6.4 Vernachlässigung

Bitte beurteilen Sie, ob die Klientin als Kind hinreichend versorgt wurde. (Z.B. Wurde sie als Kind rechtzeitig ins Krankenhaus gebracht? Musste sie hungrig in die Schule gehen? Wurde sie mit Kleidung versorgt? Wurde der Geburtstag gefeiert?)

- ☐ ja, Klientin wurde vernachlässigt
- ☐ Hinweis auf Vernachlässigung
- ☐ nein, kein Hinweis auf Vernachlässigung
- ☐ nicht einzuschätzen/nicht abgeklärt

Modul 9 E: Klientinnenbewertung nach Ernährungsberatung

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum:

CODES UND KENNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 9 E KLIENTINNENBEWERTUNG NACH ERNÄHRUNGSBERATUNG

Bitte kreuzen Sie jeweils an, was für Sie zutrifft.

- Inwieweit haben Sie durch die Ernährungsberatung neue Impulse und Ideen erhalten?**
☐ viele neue Ideen ☐ einige neue Ideen ☐ weiß nicht ☐ keine neuen Ideen
- Wie weit sind die Fragen, die Sie in die Beratung mitgebracht haben, hier auch beantwortet worden?**
☐ alle Fragen beantwortet ☐ teilweise beantwortet ☐ vieles ist unbeantwortet geblieben
☐ nichts beantwortet ☐ hatte keine Fragen
- Inwieweit hat sich für Sie in der Beratung geklärt, was Sie zur Änderung Ihres Essverhaltens tun können?**
☐ bin mir sehr sicher ☐ muss noch darüber nachdenken ☐ bin unsicher
☐ ist für mich nicht geklärt worden
- Wie sehr haben Sie sich von der Beraterin/dem Berater verstanden gefühlt?**
☐ sehr verstanden ☐ verstanden ☐ zum Teil verstanden ☐ nicht verstanden
- Wie haben Sie sich während der Beratung gefühlt?**
☐ sehr gut ☐ gut ☐ gemischt ☐ nicht gut
- Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Beratung?**
☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ es fehlt mir etwas ☐ unzufrieden
- Würden Sie die Beratungsstelle bei Bedarf nochmals in Anspruch nehmen?**
☐ ja, sehr gerne ☐ ja ☐ vielleicht ☐ nein
- Sind Ihnen in der Beratung Ihre Stärken und Möglichkeiten zur Bewältigung der Ess-Störung klarer geworden?**
☐ ja, sehr klar ☐ ja, etwas ☐ nein, kaum ☐ nein
- Hat sich die Häufigkeit Ihrer Essanfälle verändert?**
☐ weniger ☐ mehr ☐ gleich ☐ trifft nicht zu, keine Essanfälle

Modul 9 E: Klientinnenbewertung nach Ernährungsberatung

10. Hat sich die Häufigkeit Ihres Erbrechens verändert?

- ☐ weniger ☐ mehr ☐ gleich ☐ trifft nicht zu, kein Erbrechen

11. Haben Sie Möglichkeiten zum Umgang mit Essdruck in der Beratung erlernt?

- ☐ kaum ☐ einige ☐ viele

12. Hat sich Ihr Umgang mit Abführmitteln verändert?

- ☐ kaum ☐ etwas ☐ sehr

13. Konnten Sie eine Mahlzeitenstruktur aufbauen?

- ☐ ja, mit 1 bis 3 Mahlzeiten
☐ ja, mit 4 bis 5 Mahlzeiten
☐ ja, mit 6 bis 7 Mahlzeiten
☐ nein

14. Hat sich Ihr Umgang mit Lebensmitteln verändert?

- ☐ ja, bin angstfreier ☐ ja, bin ängstlicher ☐ nein, keine Änderung

Noch eine Frage bei Anorexie

15. Konnten Sie Methoden zur Gewichtszunahme kennen lernen und umsetzen?

- ☐ kaum ☐ einige ☐ viele ☐ trifft nicht zu, keine Anorexie

Modul 9 K: Kurzversion Klientinnenbewertung

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum:

CODES UND KENNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 9 K **KLIENTINNENBEWERTUNG NACH BERATUNG**
KURZVERSION

Bitte kreuzen Sie jeweils an, was für Sie zutrifft.

- 1. Inwieweit haben Sie durch die eben stattgefundenene Beratung neue Impulse und Ideen erhalten?***
☐ viele neue Ideen ☐ einige neue Ideen ☐ weiß nicht ☐ keine neuen Ideen
- 2. Wie weit sind die Fragen, die Sie in die Beratung mitgebracht haben, hier auch beantwortet worden?***
☐ alle Fragen beantwortet ☐ teilweise beantwortet ☐ vieles ist unbeantwortet geblieben
☐ nichts beantwortet ☐ hatte keine Fragen
- 3. Inwieweit hat sich für Sie in der Beratung geklärt, was Sie als nächstes tun können?***
☐ bin mir sehr sicher ☐ muss noch darüber nachdenken ☐ bin unsicher
☐ ist für mich nicht geklärt worden
- 4. Wie sehr haben Sie sich von der Beraterin/dem Berater verstanden gefühlt?***
☐ sehr verstanden ☐ verstanden ☐ zum Teil verstanden ☐ nicht verstanden
- 5. Wie haben Sie sich während der Beratung gefühlt?***
☐ sehr gut ☐ gut ☐ gemischt ☐ nicht gut
- 6. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Beratung?***
☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ es fehlt mir etwas ☐ unzufrieden
- 7. Würden Sie die Beratungsstelle bei Bedarf nochmals in Anspruch nehmen?***
☐ ja, sehr gerne ☐ ja ☐ vielleicht ☐ nein
- 8. Hat Sie die Beratung zu einer intensiveren Behandlung der Ess-Störung ermutigt?***
☐ ja, sehr ☐ ja ☐ vielleicht ☐ eher nicht ☐ nein
- 9. Sind Ihnen in der Beratung Ihre Stärken und Möglichkeiten zur Bewältigung der Ess-Störung klarer geworden?***
☐ ja, sehr klar ☐ ja, etwas ☐ nein, kaum ☐ nein

Modul 9: Bewertung der Beratung/Therapie zum Abschluss

INSTITUTIONS - CODE:						
1. Berater(in) - / Therapeut(in)-Code:						
2. Berater(in) - / Therapeut(in)-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum:

CODES UND KENNUMMER VON BERATER(IN) / THERAPEUT(IN) EINZUTRAGEN.

MODUL 9 **BEWERTUNG DER BERATUNG/THERAPIE**
ZUM ABSCHLUSS

Sehr geehrte Klientin,

im Folgenden werden Sie gefragt, wie Sie die Beratung bzw. Behandlung in unserer Einrichtung bewerten. Ihre Beurteilung gibt uns wichtige Hinweise darauf, welche Elemente unseres Angebotes sich bei wem bewährt haben, welche Kombination von Beratungs-/Behandlungsmaßnahmen sinnvoll und hilfreich ist und wo es Veränderungs- bzw. Verbesserungsbedarf gibt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Modul 9: Bewertung der Beratung/Therapie zum Abschluss

1. PROBLEMBEWERTUNG ZUM ABSCHLUSS DER BERATUNG/THERAPIE

Bitte geben Sie eine zusammenfassende Einschätzung der Veränderungen hinsichtlich Ihrer Probleme, sofern sie im Verlauf der Beratung/Therapie behandelt werden konnten:

(wesentlich verschlechtert [-2] → keine Veränderung [0] → wesentlich verbessert [2] → Problem tritt nicht mehr auf [3] trifft nicht zu [9])

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg Größe _____
(und kreuzen Sie an:)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

3. Essanfälle

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

4. Erbrechen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/Appetitzüglern

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

8. Ernährungsqualität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

11. Soziale Isolation

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

12. Depressivität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

13. Ängste

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

14. Zwanghafte Züge

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

24. Anderes: _____

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

1.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von oben (1 – 24) verwenden)

1.3 Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf der Beratung/Therapie?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

1.4 Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Probleme hinreichend bearbeitet wurden?

- ☐ ja
☐ nein, aber ich habe genug gelernt, um nun selbst zurechtzukommen
☐ nein, ich hätte mir mehr Unterstützung gewünscht

2. BERATUNGS-/BEHANDLUNGSFORM

2.1 Welche Beratungs-/Behandlungsform fanden Sie besonders hilfreich?

(Bitte nur eine ankreuzen)

- ☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche

2.2 Welche weiteren Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie besonders hilfreich?

- ☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

2.3 Falls Sie verschiedene Beratungs-/Behandlungsformen hatten (z.B. Einzel- und Gruppengespräche), welche Kombination von Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie besonders hilfreich?

- ☐ keine Kombination
☐ eine Kombination aus (bitte die entsprechenden Formen von Beratung/Therapie ankreuzen):
☐ Einzelgesprächen ☐ Gruppengesprächen ☐ Familiengesprächen ☐ Paargesprächen
☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

2.4 Welche Beratungs-/Behandlungsform fanden Sie wenig hilfreich?

(Bitte nur eine ankreuzen)

- ☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche

2.5 Welche weiteren Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie wenig hilfreich?

- ☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ andere (bitte nennen) _____

2.6 Falls Sie verschiedene Beratungs-/Behandlungsformen hatten (z.B. Einzel- und Gruppengespräche), welche Kombination von Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie wenig hilfreich?

- ☐ keine Kombination
☐ eine Kombination aus (bitte die entsprechenden Formen von Beratung/Therapie ankreuzen):
☐ Einzelgesprächen ☐ Gruppengesprächen ☐ Familiengesprächen ☐ Paargesprächen
☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

3. THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG/ BEZIEHUNG ZUR BERATERIN

3.1 Bitte kreuzen Sie jeweils an, in welchem Ausmaß Sie mit den nachfolgenden Bemerkungen zu Ihrer Beratung/Therapie einverstanden sind.

Die Atmosphäre war unterstützend und entspannt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe mich angenommen und verstanden gefühlt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich hatte das Gefühl von Freiheit in meinen Gefühlen, Ansichten und Handlungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte alles ansprechen, was mich beschäftigte.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich fühlte mich mit meinen Problemen unterstützt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens zu verändern.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich erlebte den/die Berater(in)/Therapeuten(in) meist als Partner an einer gemeinsamen Arbeit.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Im großen und ganzen hatte ich das Gefühl, daß mich der/die Berater(in)/Therapeuten(in) verstand.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte mich genügend öffnen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich hätte lieber mit einem/einer Berater(in)/Therapeuten(in) des anderen Geschlechts gearbeitet.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte die Interpretationen des/der Berater(s)/(in)/Therapeut(en)/(in) in der Regel nachvollziehen und für mich verwerten.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich erlebte den/die Berater(in)/Therapeut(en)/(in) als unparteiisch und neutral.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte in der therapeutischen Beziehung Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

3.2 Was fanden Sie besonders gut?

3.3 Was hat Sie besonders gestört?

3.4 Wenn es nötig wäre, würden Sie gerne noch einmal zu diesem/r Mitarbeiter/in zur Beratung/Therapie kommen?

☐ ja ☐ nein

3.5 Würden Sie Ihre/n Berater/Therapeuten/in weiterempfehlen?

☐ ja ☐ nein

4. DIE EINRICHTUNG

4.1 Waren Sie mit der Art, wie sonst mit Ihnen in der Beratungsstelle/Einrichtung umgegangen wurde zufrieden?

☐ ja ☐ nein

4.2 Was fanden Sie besonders gut?

4.3 Was hat Sie besonders gestört?

4.4 Würden Sie die Einrichtung/Beratungsstelle weiterempfehlen?

☐ ja ☐ nein

5. DAS ERGEBNIS DER BERATUNG/THERAPIE

5.1 Bitte nennen Sie die wichtigsten Veränderungen, die Sie im Verlauf der Beratung/Therapie erreicht haben:

1. _____
2. _____
3. _____

5.2 Denken Sie, dass dies ausschließlich durch die Beratung/Therapie geschehen ist, oder sehen Sie noch andere Faktoren, die dabei eine Rolle spielen?

☐ vorrangig durch die Beratung/Therapie

☐ ich sehe noch den Einfluss folgender Faktoren:

5.3 Gab es Ereignisse, die Ihrer Meinung nach den Erfolg der Beratung/Therapie erschwert haben?

☐ nein

☐ ja, folgende:

5.4 Glauben Sie an einen langfristigen Erfolg der Beratung/Therapie?

☐ ja ☐ nein

5.5 Worin sehen Sie auch nach der Beratung/Therapie noch ein größeres Problem?

5.6 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gewicht?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

5.7 Wollen Sie an Ihrem Gewicht noch etwas verändern?

☐ nein

☐ ja, und zwar folgendes:

5.8 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Essverhalten?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

5.9 Sollte sich an Ihrem Essverhalten noch etwas verändern?

☐ nein

☐ ja, und zwar folgendes: _____

6. ABSCHLIEßENDE BEWERTUNG:

6.1 Das hat mir die Beratung/Therapie gebracht:

6.2 Das hat mir die Beratung/Therapie nicht gebracht bzw. das habe ich vermisst:

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum:

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 9 G

KLIENTINNENBEWERTUNG ZUM ABSCHLUSS DER GRUPPE

Sehr geehrte Klientin,

im Folgenden werden Sie gefragt, wie Sie das Gruppenangebot in unserer Einrichtung, an dem Sie teilgenommen haben, bewerten. Ihre Beurteilung gibt uns wichtige Hinweise darauf, welche Elemente unseres Angebotes sich bei wem bewährt haben, welche Kombination von Beratungs-/Behandlungsmaßnahmen sinnvoll und hilfreich ist und wo es Veränderungs- bzw. Verbesserungsbedarf gibt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Modul 9 G: Bewertung der Gruppe

1. PROBLEMBEWERTUNG ZUM ABSCHLUSS DER GRUPPE

Bitte geben Sie eine zusammenfassende Einschätzung der Veränderungen hinsichtlich Ihrer Probleme, sofern sie im Verlauf der Gruppe behandelt werden konnten:

(wesentlich verschlechtert [-2] → keine Veränderung [0] → wesentlich verbessert [2] → Problem tritt nicht mehr auf [3] trifft nicht zu [9])

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg Größe _____
(und kreuzen Sie an:)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

3. Essanfälle

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

4. Erbrechen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/Appetitzüglern

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

8. Ernährungsqualität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

11. Soziale Isolation

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

12. Depressivität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

13. Ängste

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

14. Zwanghafte Züge

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

19 Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

24. Anderes:

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

1.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von oben (1 – 24) verwenden)

Modul 9 G: Bewertung der Gruppe

2. GRUPPENFORM

2.1 Wie lange dauerte die Gruppe und wie viele Termine fanden statt?

Gesamtzahl der Gruppentermine: _____

Wie häufig fanden die Termine statt (z.B. pro Woche/pro Monat): _____

Dauer der Gruppe insgesamt in Monaten: _____

2.2 An was für einer Form von Gruppe haben Sie teilgenommen?

☐ Phasenweise angeleitete Gruppe mit dem Ziel der Selbsthilfe

☐ Fortlaufend angeleitete Gruppe

2.3 Haben Sie zusätzlich zur Teilnahme an der Gruppe auch andere Behandlungen bzw. Beratungen gehabt?

☐ Nein, nur Gruppe

☐ Ja, auch andere, und zwar:

☐ Einzelgespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche ☐ Ernährungsberatung

☐ Körpertherapie ☐ andere (bitte nennen) _____

Welche Behandlungs- bzw. Beratungsformen haben sich gut mit der Gruppenteilnahme ergänzt?

☐ Einzelgespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche ☐ Ernährungsberatung

☐ Körpertherapie ☐ andere (bitte nennen) _____

Welche Behandlungs- bzw. Beratungsformen haben sich nicht gut mit der Gruppenteilnahme ergänzt?

☐ Einzelgespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche ☐ Ernährungsberatung

☐ Körpertherapie ☐ andere (bitte nennen) _____

3. GRUPPENBEWERTUNG INSGESAMT

3.1 Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf der Gruppe?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐ ☐ ☐ ☐

0 1 2 3

3.2 Haben Sie den Eindruck, dass Sie an Ihren Problemen hinreichend arbeiten konnten?

☐ Ja

☐ Nein, aber ich habe genug gelernt, um nun selbst besser zurechtzukommen.

☐ Nein, ich hätte mir noch mehr Unterstützung gewünscht.

3.3 Ist die Gruppe für Sie das geworden, was Sie sich nach dem Vorgespräch mit der Leiterin/dem Leiter erwartet haben?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐ ☐ ☐ ☐

0 1 2 3

Modul 9 G: Bewertung der Gruppe

4. GRUPPENPROZESS UND LEITUNG

4.1 Bitte kreuzen Sie jeweils an, in welchem Ausmaß Sie mit den nachfolgenden Bemerkungen zum Gruppenprozess und zur Leitung aus Ihrer Sicht einverstanden sind.

Die Atmosphäre war unterstützend.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe mich in der Gruppe wohlfühlt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe mich angenommen und verstanden gefühlt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe mich sicher und geschützt gefühlt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich hatte das Gefühl von Freiheit in meinen Gefühlen, Ansichten und Handlungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Die eingesetzten Methoden (Phantasiereisen, Körperübungen, Rollenspiel usw.) waren für mich hilfreich.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte alles ansprechen, was mich beschäftigte.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Die für mich wichtigen Themen wurden in der Gruppe besprochen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte mich genügend öffnen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich fühlte mich bei meinen Problemen unterstützt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte im Gruppenprozess Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe den Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens wahrzunehmen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Die Zusammenarbeit von Frauen mit verschiedenen Essstörungen war für mich hilfreich.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich erlebte die Gruppenleiterin/den Gruppenleiter meist als Partnerin/Partner an einer gemeinsamen Arbeit.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 9 G: Bewertung der Gruppe

Im Großen und Ganzen hatte ich das Gefühl, dass mich die Gruppenleiterin/der Gruppenleiter verstand.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich empfand die Gruppenleiterin/den Gruppenleiter als menschlich echt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte die Anregungen der Gruppenleiterin/des Gruppenleiters in der Regel nachvollziehen und für mich verwerten.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich erlebte die Gruppenleiterin/den Gruppenleiter als unparteiisch und nicht-wertend.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

4.2 Den Führungsstil der Gruppenleiterin/des Gruppenleiters fand ich:

- ☐ Eher autoritär
- ☐ Ziemlich demokratisch
- ☐ Eher passiv/gewährend

4.3 Würden Sie noch einmal zu dieser Leiterin/diesem Leiter in eine Gruppe kommen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

4.4 Würden Sie die Gruppenleiterin/den Gruppenleiter weiterempfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

4.5 Würden Sie das Gruppenangebot weiterempfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

4.6 Was fanden Sie insgesamt besonders gut?

4.7 Was haben Sie als schwierig empfunden?

4.8 Was würden Sie sich anders wünschen?

Modul 9 G: Bewertung der Gruppe

5. DIE EINRICHTUNG

5.1 Waren Sie mit der Art, wie mit Ihnen in der Beratungsstelle umgegangen wurde (auch durch deren MitarbeiterInnen, sofern Sie mit diesen Kontakt hatten) zufrieden?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

5.2 Was fanden Sie besonders gut?

5.3 Was hat Sie besonders gestört?

5.4 Würden Sie die Beratungsstelle weiterempfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

6. DAS ERGEBNIS DER GRUPPE

6.1 Bitte nennen Sie das Wichtigste, das Sie im Verlauf gelernt, erkannt bzw. erreicht haben:

1. _____
2. _____
3. _____

6.2 Denken Sie, dass dies ausschließlich durch den Gruppenprozess geschehen ist, oder sehen Sie noch andere Faktoren, die dabei eine Rolle spielen?

- ☐ Ausschließlich durch den Gruppenprozess
- ☐ Ich sehe noch den Einfluss folgender Faktoren:

6.3 Gab es Ereignisse, die Ihrer Meinung nach den Erfolg der Gruppe erschwert haben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, folgende: _____

Modul 9 G: Bewertung der Gruppe

6.4 Glauben Sie, dass Ihnen die Gruppe weitergeholfen hat?

- ☐ Ja, und zwar ☐ kurzfristig
☐ mittelfristig
☐ langfristig
- ☐ Nein

6.5 Woran wollen Sie noch längerfristig weiterarbeiten?

6.6 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gewicht?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

- ☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

6.7 Wollen Sie an Ihrem Gewicht noch etwas verändern?

- ☐ Nein
☐ Ja, und zwar folgendes: _____

6.8 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Essverhalten?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

- ☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

6.9 Wollen Sie an Ihrem Essverhalten noch etwas verändern?

- ☐ Nein
☐ Ja, und zwar folgendes: _____

7. ABSCHLIEßENDE BEWERTUNG:

7.1 Das hat mir die Gruppe gebracht:

7.2 Das hat mir die Gruppe nicht gebracht bzw. das habe ich vermisst:

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum:

CODES UND KENNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 10 L BEWERTUNG DER BERATUNG/THERAPIE 1 JAHR NACH ABSCHLUSS

Sehr geehrte Klientin,

im folgenden Fragebogen möchten wir erfahren, wie Sie die Behandlung bei uns im Nachhinein erleben und beurteilen: Ob Sie aus dem Abstand von einem Jahr zu ähnlichen oder anderen Ergebnissen kommen wie unmittelbar nach Abschluss der Behandlung, welche Angebote Sie wie für sich nutzen konnten und wie stabil die mit Abschluss der Behandlung erreichten Ergebnisse sind.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. BERATUNGS-/BEHANDLUNGSFORM UND DAUER

1.1 *An welchen Beratungs-/Behandlungsformen nahmen Sie teil?*

(Bitte alle ankreuzen)

- ☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche ☐ Ernährungsberatung
☐ Körpertherapie ☐ andere (bitte nennen) _____

1.2 *Wie lange dauerte die Beratung/Therapie und wie viele Gespräche fanden statt?*

Dauer der Beratung/Therapie in Monaten: _____

Gesamtzahl der Gespräche: _____

Durchschnittliche Stundenzahl pro Woche: _____

1.3 *Wie lange liegt das Ende der Beratung/Therapie mittlerweile zurück?*

- ☐ ½ bis unter 1 Jahr ☐ 1 bis unter 2 Jahre

2. PROBLEMBEWERTUNG NACH 1 JAHR

Bitte beurteilen Sie rückblickend mögliche Veränderungen hinsichtlich Ihrer Probleme im Verlauf der Beratung/Therapie:

(wesentlich verschlechtert [-2] → keine Veränderung [0] → wesentlich verbessert [2] → Problem tritt nicht mehr auf [3] trifft nicht zu [9])

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg Größe _____
(und kreuzen Sie an:)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

3. Essanfälle

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

4. Erbrechen

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/Appetitzüglern

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

8. Ernährungsqualität

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

11. Soziale Isolation

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

12. Depressivität

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

13. Ängste

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

14. Zwanghafte Züge

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

24. Anderes: _____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

2.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von oben (1 – 24) verwenden)

2.3 Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf der Beratung/Therapie?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
0 1 2 3

2.4 Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Probleme hinreichend bearbeitet wurden?

- ☐ ja
☐ nein, aber ich habe genug gelernt, um nun selbst zurechtzukommen
☐ nein, ich hätte mir mehr Unterstützung gewünscht

3. BERATUNGS-/BEHANDLUNGSFORM

3.1 Welche Beratungs-/Behandlungsform fanden Sie besonders hilfreich?

(Bitte nur eine ankreuzen)

- ☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche

3.2 Welche weiteren Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie besonders hilfreich?

- ☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

3.3 Falls Sie verschiedene Beratungs-/Behandlungsformen hatten (z.B. Einzel- und Gruppengespräche, welche Kombination von Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie besonders hilfreich?

- ☐ keine Kombination
☐ eine Kombination aus (bitte die entsprechenden Formen von Beratung/Therapie ankreuzen):
☐ Einzelgesprächen ☐ Gruppengesprächen ☐ Familiengesprächen ☐ Paargesprächen
☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

3.4 Welche Beratungs-/Behandlungsform fanden Sie wenig hilfreich?

(Bitte nur eine ankreuzen)

- ☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche

3.5 Welche weiteren Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie wenig hilfreich?

- ☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

3.6 Falls Sie verschiedene Beratungs-/Behandlungsformen hatten (z.B. Einzel- und Gruppengespräche, welche Kombination von Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie wenig hilfreich?

- ☐ keine Kombination
☐ eine Kombination aus (bitte die entsprechenden Formen von Beratung/Therapie ankreuzen):
☐ Einzelgesprächen ☐ Gruppengesprächen ☐ Familiengesprächen ☐ Paargesprächen
☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

4. THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG/ BEZIEHUNG ZUR BERATERIN

4.1 Bitte kreuzen Sie jeweils an, in welchem Ausmaß Sie mit den nachfolgenden Bemerkungen zu Ihrer Beratung/Therapie einverstanden sind.

Die Atmosphäre war unterstützend und entspannt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe mich angenommen und verstanden gefühlt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich hatte das Gefühl von Freiheit in meinen Gefühlen, Ansichten und Handlungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte alles ansprechen, was mich beschäftigte.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich fühlte mich mit meinen Problemen unterstützt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens zu verändern.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich erlebte den/die Berater(in)/Therapeuten(in) meist als Partner an einer gemeinsamen Arbeit.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Im großen und ganzen hatte ich das Gefühl, dass mich der/die Berater(in)/Therapeuten(in) verstand.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte mich genügend öffnen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich hätte lieber mit einem/einer Berater(in)/Therapeuten(in) des anderen Geschlechts gearbeitet.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte die Interpretationen des/der Berater(s)/(in)/Therapeut(en)/(in) in der Regel nachvollziehen und für mich verwerten.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich erlebte den/die Berater(in)/Therapeut(en)/(in) als unparteiisch und neutral.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte in der therapeutischen Beziehung Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

4.2 Was fanden Sie besonders gut?

4.3 Was hat Sie besonders gestört?

4.4 Wenn es nötig wäre, würden Sie gerne noch einmal zu diesem/r Mitarbeiter/in zur Beratung/Therapie kommen?

☐ ja ☐ nein

4.5 Würden Sie Ihre/n Berater/Therapeuten/in weiterempfehlen?

☐ ja ☐ nein

5. DIE EINRICHTUNG

5.1 Waren Sie mit der Art, wie sonst mit Ihnen in der Beratungsstelle/Einrichtung umgegangen wurde zufrieden?

☐ ja ☐ nein

5.2 Was fanden Sie besonders gut?

5.3 Was hat Sie besonders gestört?

5.4 Würden Sie die Einrichtung/Beratungsstelle weiterempfehlen?

☐ ja ☐ nein

6. DAS ERGEBNIS DER BERATUNG/THERAPIE

6.1 Bitte nennen Sie die wichtigsten Veränderungen, die Sie im Verlauf der Beratung/Therapie erreicht haben:

1. _____
2. _____
3. _____

6.2 Denken Sie, dass dies vorrangig durch die Beratung/Therapie geschehen ist, oder sehen Sie noch andere Faktoren, die dabei eine Rolle spielen?

☐ vorrangig durch die Beratung/Therapie

☐ ich sehe noch den Einfluss folgender Faktoren:

6.3 Gab es Ereignisse, die Ihrer Meinung nach den Erfolg der Beratung/Therapie erschwert haben?

☐ nein

☐ ja, folgende:

6.4 Glauben Sie an einen langfristigen Erfolg der Beratung/Therapie?

☐ ja ☐ nein

6.5 Worin sehen Sie auch nach der Beratung/Therapie noch ein größeres Problem?

6.6 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gewicht?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

6.7 Wollen Sie an Ihrem Gewicht noch etwas verändern?

☐ nein

☐ ja, und zwar folgendes:

6.8 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Essverhalten?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

6.9 Sollte sich an Ihrem Essverhalten noch etwas verändern?

☐ nein

☐ ja, und zwar folgendes: _____

7. ABSCHLIEßENDE BEWERTUNG:

7.1 Das hat mir die Beratung/Therapie gebracht:

7.2 Das hat mir die Beratung/Therapie nicht gebracht bzw. das habe ich vermisst:

8. WAREN SIE NACH ABSCHLUSS DER BERATUNG/BEHANDLUNG IN DIESER BERATUNGSSTELLE WEGEN IHRER ESS-STÖRUNG BEI ANDEREN EINRICHTUNGEN ODER FACHLEUTEN IN BEHANDLUNG?

☐ Nein

☐ Ja, in ambulanter Behandlung

☐ Ja, in stationärer Behandlung

☐ Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

8.1 Wenn Sie nach Abschluss der Beratung/Behandlung in dieser Beratungsstelle wegen Ihrer Ess-Störung in ambulanter Behandlung waren, wo, wie häufig, wie lange jeweils und wann?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Einrichtung	wie oft	von bis
Hausärztin/-arzt	_____	_____
andere(r) Ärztin/Arzt	_____	_____
Beratungsstelle für Ess-Störungen	_____	_____
Sucht- oder andere Beratungsstelle ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut(in)	_____	_____
Psychiater/Nervenarzt	_____	_____
Andere (z. B. Heilpraktiker; bitte angeben welche:)	_____	_____
_____	_____	_____

8.2. Wenn Sie nach Abschluss der Beratung/Behandlung in dieser Beratungsstelle wegen Ihrer Ess-Störung in stationärer Behandlung waren, wo, wie häufig, wie lange jeweils und wann?
(Mehrfachnennungen sind möglich)

Einrichtung	wie oft	von bis
Allgemeinkrankenhaus	_____	_____
Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie	_____	_____
Psychosomatisches Krankenhaus	_____	_____
Andere (bitte angeben welche:)	_____	_____
_____	_____	_____

Modul 10 M: Bewertung der Beratung 6 Monate nach Abschluss

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn-Code:						
2. BeraterIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum:

CODES UND KENNUMMER VON BERATERIN EINZUTRAGEN.

MODUL 10 M BEWERTUNG DER BERATUNG 6 MONATE NACH ABSCHLUSS

Sehr geehrte Klientin,

im folgenden Fragebogen möchten wir erfahren, wie Sie die Beratung bei uns im Nachhinein erleben und beurteilen: Ob Sie aus dem Abstand von einem halben Jahr zu ähnlichen oder anderen Ergebnissen kommen wie unmittelbar nach Abschluss der Beratung, welche Angebote Sie wie für sich nutzen konnten und wie stabil die mit Abschluss der Beratung erreichten Ergebnisse sind.

1. BERATUNGSFORM UND DAUER

1.1 *An welchen Beratungsformen nahmen Sie teil?*

(Bitte alle ankreuzen)

☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche ☐ Ernährungsberatung
☐ Körpertherapie ☐ Telefonberatung ☐ andere (bitte nennen) _____

1.2 *Wie viele Beratung fanden statt?*

Gesamtzahl der Beratungsgespräche: _____

Durchschnittliche Dauer der Beratungsgespräche _____

1.3 *Wie lange liegt das Ende der Beratung mittlerweile zurück?*

_____ Monate

Modul 10 M: Bewertung der Beratung 6 Monate nach Abschluss

2. PROBLEMBEWERTUNG NACH 1/2 JAHR

Bitte beurteilen Sie rückblickend mögliche Veränderungen hinsichtlich Ihrer Probleme im Verlauf der Beratung:

(wesentlich verschlechtert [-2] → keine Veränderung [0] → wesentlich verbessert [2] → Problem tritt nicht mehr auf [3] trifft nicht zu [9])

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg Größe _____
(und kreuzen Sie an:)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

3. Essanfälle

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

4. Erbrechen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/Appetitzüglern

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

8. Ernährungsqualität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

11. Soziale Isolation

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

12. Depressivität

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

13. Ängste

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

14. Zwanghafte Züge

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

19 Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

24. Anderes: _____

☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 9

2.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von oben (1 – 24) verwenden)

2.3 Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf der Beratung?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

2.4 Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Probleme hinreichend bearbeitet wurden?

- ☐ ja
☐ nein, aber ich habe genug gelernt, um nun selbst zurechtzukommen
☐ nein, ich hätte mir mehr Unterstützung gewünscht

3. BERATUNGSFORM

3.1 Welche Beratungsform fanden Sie besonders hilfreich?

(Bitte nur eine ankreuzen)

- ☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche

3.2 Welche weiteren Beratungsformen fanden Sie besonders hilfreich?

- ☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

3.3 Falls Sie verschiedene Beratungsformen hatten (z.B. Einzel- und Gruppengespräche, welche Kombination von Beratungsformen fanden Sie besonders hilfreich?

- ☐ keine Kombination
☐ eine Kombination aus (bitte die entsprechenden Formen von Beratung ankreuzen):
☐ Einzelgesprächen ☐ Gruppengesprächen ☐ Familiengesprächen ☐ Paargesprächen
☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

3.4 Welche Beratungsform fanden Sie wenig hilfreich?

(Bitte nur eine ankreuzen)

- ☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche

3.5 Welche weiteren Beratungsformen fanden Sie wenig hilfreich?

- ☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

3.6 Falls Sie verschiedene Beratungsformen hatten (z.B. Einzel- und Gruppengespräche, welche Kombination von Beratungsformen fanden Sie wenig hilfreich?

- ☐ keine Kombination
☐ eine Kombination aus (bitte die entsprechenden Formen von Beratung ankreuzen):
☐ Einzelgesprächen ☐ Gruppengesprächen ☐ Familiengesprächen ☐ Paargesprächen
☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

4. BEZIEHUNG ZUR BERATERIN

4.1 Bitte kreuzen Sie jeweils an, in welchem Ausmaß Sie mit den nachfolgenden Bemerkungen zu Ihrer Beratung/Therapie einverstanden sind.

Die Atmosphäre war unterstützend und entspannt.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich habe mich angenommen und verstanden gefühlt.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich konnte alles ansprechen, was mich beschäftigte.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich fühlte mich mit meinen Problemen unterstützt.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich habe Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens zu verändern.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Im großen und ganzen hatte ich das Gefühl, dass mich der/die Berater(in) verstand.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich hätte lieber mit einem/einer Berater(in)/Therapeuten(in) des anderen Geschlechts gearbeitet.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich konnte die Interpretationen des/der Berater(s)/(in) in der Regel nachvollziehen und für mich verwerten.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich konnte in den Beratungen Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

4.2 Was fanden Sie gut in den Beratungen?

4.3 Was hat Sie gestört in den Beratungen?

4.4 *Wenn es nötig wäre, würden Sie gerne noch einmal zu diesem/r Mitarbeiter/in zur Beratung kommen?*

☐ ja ☐ nein

4.5 *Würden Sie Ihre/n Berater/in weiterempfehlen?*

☐ ja ☐ nein

5. DIE EINRICHTUNG

5.1 *Waren Sie mit der Art, wie sonst mit Ihnen in der Beratungsstelle umgegangen wurde zufrieden?*

☐ ja ☐ nein

5.2 *Was fanden Sie gut?*

5.3 *Was hat Sie gestört?*

5.4 *Würden Sie die Beratungsstelle weiterempfehlen?*

☐ ja ☐ nein

6. DAS ERGEBNIS DER BERATUNG

6.1 *Bitte nennen Sie die wichtigsten Veränderungen, die Sie im Verlauf der Beratung erreicht haben:*

1.

2.

3.

6.2 *Denken Sie, dass dies vorrangig durch die Beratung geschehen ist, oder sehen Sie noch andere Faktoren, die dabei eine Rolle spielen?*

☐ vorrangig durch die Beratung

☐ ich sehe noch den Einfluss folgender Faktoren:

6.3 Gab es Ereignisse, die Ihrer Meinung nach den Erfolg der Beratung erschwert haben?

☐ nein

☐ ja, folgende:

6.4 Glauben Sie an einen langfristigen Erfolg der Beratung?

☐ ja ☐ nein

6.5 Worin sehen Sie auch nach der Beratung noch ein größeres Problem?

6.6 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gewicht?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

6.7 Wollen Sie an Ihrem Gewicht noch etwas verändern?

☐ nein

☐ ja, und zwar folgendes:

6.8 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Essverhalten?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

6.9 Sollte sich an Ihrem Essverhalten noch etwas verändern?

☐ nein

☐ ja, und zwar folgendes:

7. WAREN SIE NACH ABSCHLUSS DER BERATUNG/BEHANDLUNG IN DIESER BERATUNGSSTELLE WEGEN IHRER ESS-STÖRUNG BEI ANDEREN EINRICHTUNGEN ODER FACHLEUTEN IN BEHANDLUNG?

☐ Nein

☐ Ja, in ambulanter Behandlung

☐ Ja, in stationärer Behandlung

☐ Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

(wenn ja, bitte noch die nächste Seite ausfüllen)

Modul 10 M: Bewertung der Beratung 6 Monate nach Abschluss

7.1. Wenn Sie nach Abschluss der Beratung/Behandlung in dieser Beratungsstelle wegen Ihrer Ess-Störung in ambulanter Behandlung waren, wo, wie häufig, wie lange jeweils und wann?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Einrichtung	wie oft	von bis
Hausärztin/-arzt	_____	_____
andere(r) Ärztin/Arzt	_____	_____
Beratungsstelle für Ess-Störungen	_____	_____
Sucht- oder andere Beratungsstelle ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut(in)	_____	_____
Psychiater/Nervenarzt	_____	_____
Andere (z. B. Heilpraktiker; bitte angeben welche:)	_____	_____
_____	_____	_____

7.2. Wenn Sie nach Abschluss der Beratung/Behandlung in dieser Beratungsstelle wegen Ihrer Ess-Störung in stationärer Behandlung waren, wo, wie häufig, wie lange jeweils und wann?

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Einrichtung	wie oft	von bis
Allgemeinkrankenhaus	_____	_____
Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie	_____	_____
Psychosomatisches Krankenhaus	_____	_____
Andere (bitte angeben welche:)	_____	_____
_____	_____	_____

Modul 11: Angehörigengruppe Beginn

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 11

ANGEHÖRIGENGRUPPE
BEGINN

DATUM: _____

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Bei den Leerzeilen _____ bitte die Antworten aufschreiben.

1. GEBURTSTAG JAHR _____

2. GESCHLECHT ☐ weiblich
☐ männlich

3. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT

- ☐ Arbeiter(in)
☐ Facharbeiter(in)
☐ einfache(r)/mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
☐ höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
☐ Selbständige(r)
☐ Auszubildende(r) / Umschüler(in)
☐ Schüler(in) / Student(in)
☐ Hausfrau / Hausmann
☐ Rentner(in)
☐ arbeitslos
☐ sonstiges

4. FAMILIENSTAND

- ☐ ledig
☐ verheiratet
☐ geschieden
☐ getrennt lebend
☐ verwitwet

5. LEBENSSITUATION

aktuell in fester Partnerschaft lebend
☐ ja ☐ nein

6. KINDER

Anzahl der Kinder: _____

Anzahl der Kinder, die mit im Haushalt leben: _____

7. NATIONALITÄT

- ☐ deutsch
☐ andere (bitte eintragen:)

8. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT

- ☐ evangelisch
☐ römisch-katholisch
☐ andere (bitte eintragen:)
☐ konfessionslos

9. VON DER ESS-STÖRUNG IST BETROFFEN

☐ meine Tochter ☐ meine Partnerin ☐ meine Schwester ☐ andere

10. GEBURTSTAG JAHR DER BETROFFENEN _____

Modul 11: Angehörigengruppe Beginn

11. ART DER ESS-STÖRUNG:

☐ Magersucht ☐ Bulimie ☐ Ess-Sucht ☐ Sonstiges _____

12. DIE ESS-STÖRUNG BESTEHT SEIT _____

13. ZUSÄTZLICHE ERKRANKUNGEN DER BETROFFENEN:

☐ Depression
☐ Ängste
☐ Sucht
☐ Sonstiges _____

14. LEBT DIE BETROFFENE MIT IM GLEICHEN HAUSHALT?

☐ nein ☐ ja

15. IST DIE BETROFFENE IN BEHANDLUNG?

☐ ja und zwar in ärztlicher Behandlung
☐ ja und zwar in psychiatrischer Behandlung
☐ ja und zwar in psychotherapeutischer Behandlung
☐ nein

16. WAR DIE BETROFFENE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG BEREITS FRÜHER IN BEHANDLUNG?

☐ Nein
☐ Ja, in ambulanter Behandlung
☐ Ja, in stationärer Behandlung
☐ Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

17. WENN DIE BETROFFENE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN AMBULANTER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE: (Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>regulär beendet</i>	<i>Abbruch</i>	<i>unbekannt</i>
☐ Hausärztin/-arzt	_____	☐	☐	☐
☐ andere(r) Ärztin/Arzt	_____	☐	☐	☐
☐ Beratungsstelle für Ess-Störungen	_____	☐	☐	☐
☐ Sucht- oder andere Beratungsstelle	_____	☐	☐	☐
☐ ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut(in)	_____	☐	☐	☐
☐ Psychiater/Nervenarzt	_____	☐	☐	☐
☐ Andere (z. B. Heilpraktiker; bitte angeben welche): _____	_____	☐	☐	☐

Modul 11: Angehörigengruppe Beginn

18. WENN DIE BETROFFENE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE: (Mehrfachnennungen sind möglich)

Einrichtung	wie oft	regulär beendet	Abbruch	unbekannt
☐ Allgemeinkrankenhaus	_____	☐	☐	☐
☐ Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie	_____	☐	☐	☐
☐ Psychosomatisches Krankenhaus/ Rehaklinik	_____	☐	☐	☐
☐ Andere (bitte angeben welche): _____	_____	☐	☐	☐

19. VON MEINER TEILNAHME IN DER ANGEHÖRIGEN-GRUPPE ERWARTE ICH, DASS ICH
(Bitte kreuzen Sie jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an:)

das Gefühl bekomme, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mich mit anderen Eltern über Sorgen und Schwierigkeiten austauschen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, wie andere mit der Problematik umgehen

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

von den Erfahrungen anderer lernen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekomme

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine essgestörte Tochter besser verstehen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Partnerin/meinen Partner besser verstehen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

die Auswirkungen der Ess-Störung auf meine anderen Kinder besser nachvollziehen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Ess-Störung erhalte

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, wo ich mein Verhalten verändern sollte

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, ob und wie ich an der Entstehung der Ess-Störung beteiligt bin

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 11: Angehörigengruppe Beginn

erfahre, wo ich meine Einstellungen verändern müsste

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mehr Informationen über die Ess-Störungen, ihre Hintergründe und ihre Folgen bekomme

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, was sich in unseren familiären Beziehungen verändern müsste

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, was sich in der Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin verändern müsste

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mehr Distanz zu der Ess-Störung bekomme

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

20. BITTE SCHÄTZEN SIE EIN, INWIEWEIT DIE FOLGENDEN AUSSAGEN AUF IHRE FAMILIE BZW. PARTNERSCHAFT ZUR ZEIT ZUTREFFEN

(Bitte kreuzen Sie jeweils an:)

Wir suchen bei Problemen nach gemeinsamen Lösungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Die Familienpflichten sind gerecht verteilt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir teilen uns mit, wie es uns wirklich geht.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir versuchen, Schwierigkeiten möglichst umgehend zu lösen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir sind eng miteinander verbunden.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Jeder kann seinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass die anderen deswegen verärgert wären.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir brauchen lange, um mit schwierigen Situationen zurechtzukommen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir können uns darauf verlassen, dass alle Familienmitglieder ihre Aufgaben erfüllen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 11: Angehörigengruppe Beginn

Wir nehmen uns Zeit, einander anzuhören.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wenn wir uns in unserer Familie aufregen, brauchen wir lange, um darüber hinwegzukommen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir regen uns nie gegenseitig auf.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Eigentlich vertrauen wir einander nicht.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

In unserer Familie haben wir die Freiheit, zu sagen, was wir denken.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Manchmal gehen wir uns gegenseitig aus dem Weg.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir sind uns oft nicht einig, welche Probleme wir haben.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir teilen einander mit, was uns gerade stört.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir haben die gleichen Vorstellungen über Erfolg und Leistung.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 12: Angehörigengruppe Abschluss

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 12 **ANGEHÖRIGENGRUPPE**
ABSCHLUSS

DATUM: _____

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Bei den Leerzeilen _____ bitte die Antworten aufschreiben.

1. **GEBURTSTAG** _____
2. **GESCHLECHT** ☐ weiblich
☐ männlich
3. **VON DER ESS-STÖRUNG IST BETROFFEN**
☐ meine Tochter ☐ meine Partnerin ☐ meine Schwester ☐ andere _____
4. **GEBURTSTAG DER BETROFFENEN** _____
5. **ART DER ESS-STÖRUNG:**
☐ Magersucht ☐ Bulimie ☐ Ess-Sucht
☐ Sonstiges _____
6. **DIE ESS-STÖRUNG BESTEHT SEIT** _____
7. **ZUSÄTZLICHE ERKRANKUNGEN DER BETROFFENEN:**
☐ Depression
☐ Ängste
☐ Sucht
☐ Sonstiges _____
8. **LEBT DIE BETROFFENE MIT IM GLEICHEN HAUSHALT?**
☐ nein ☐ ja
9. **IST DIE BETROFFENE IN BEHANDLUNG?**
☐ ja und zwar in ärztlicher Behandlung
☐ ja und zwar in psychiatrischer Behandlung
☐ ja und zwar in psychotherapeutischer Behandlung
☐ nein

Modul 12: Angehörigengruppe Abschluss

10. WAR DIE BETROFFENE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG BEREITS FRÜHER IN BEHANDLUNG?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, in ambulanter Behandlung
- ☐ Ja, in stationärer Behandlung
- ☐ Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

11. WENN DIE BETROFFENE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN AMBULANTER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE: (Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>regulär beendet</i>	<i>Abbruch</i>	<i>unbekannt</i>
☐ Hausärztin/-arzt	_____	☐	☐	☐
☐ andere(r) Ärztin/Arzt	_____	☐	☐	☐
☐ Beratungsstelle für Ess-Störungen	_____	☐	☐	☐
☐ Sucht- oder andere Beratungsstelle	_____	☐	☐	☐
☐ ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut(in)	_____	☐	☐	☐
☐ Psychiater/Nervenarzt	_____	☐	☐	☐
☐ Andere (z. B. Heilpraktiker; bitte angeben welche: _____	_____	☐	☐	☐

12. WENN DIE BETROFFENE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE: (Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>regulär beendet</i>	<i>Abbruch</i>	<i>unbekannt</i>
☐ Allgemeinkrankenhaus	_____	☐	☐	☐
☐ Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie	_____	☐	☐	☐
☐ Psychosomatisches Krankenhaus/ Rehaklinik	_____	☐	☐	☐
☐ Andere (bitte angeben welche: _____	_____	☐	☐	☐

13. UMFANG UND DAUER DER ANGEHÖRIGEN-GRUPPE

Anzahl der Gruppensitzungen: _____

Dauer der Gruppe insgesamt in Monaten: _____

TeilnehmerInnenzahl: gesamt _____ männlich _____ weiblich _____

14. VERLAUF UND LEITUNG DER ANGEHÖRIGEN-GRUPPE

14.1 Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf der Gruppe?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

14.2 Würden Sie noch einmal zu dieser Leiterin/diesem Leiter in eine Gruppe kommen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

14.3 Würden Sie die Gruppenleiterin/den Gruppenleiter weiterempfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

14.4 Würden Sie das Gruppenangebot weiterempfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

14.5 Was fanden Sie insgesamt besonders gut?

14.6 Was haben Sie als schwierig empfunden?

15. DIE EINRICHTUNG

15.1 Waren Sie mit der Art, wie mit Ihnen in der Beratungsstelle umgegangen wurde (auch durch deren MitarbeiterInnen, sofern Sie mit diesen Kontakt hatten) zufrieden?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

15.2 Was fanden Sie besonders gut?

15.3 Was hat Sie besonders gestört?

Modul 12: Angehörigengruppe Abschluss

15.4 Würden Sie die Beratungsstelle weiterempfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

16. MEINE TEILNAHME AN DER ANGEHÖRIGEN-GRUPPE HAT BEWIRKT, DASS ICH

(Bitte kreuzen Sie jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an:)

das Gefühl bekam, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mich mit anderen Angehörigen über Sorgen und Schwierigkeiten austauschen konnte

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, wie andere mit der Problematik umgehen

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

von den Erfahrungen anderer lernen konnte

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekam

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine essgestörte Tochter besser verstehen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Partnerin/ meinen Partner besser verstehen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

die Auswirkungen der Ess-Störung auf meine anderen Kinder besser nachvollziehen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Ess-Störung erhielt

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, wo ich mein Verhalten verändern sollte

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, ob und wie ich an der Entstehung der Ess-Störung beteiligt war

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, wo ich meine Einstellungen verändern müsste

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mehr Informationen über die Ess-Störungen, ihre Hintergründe und ihre Folgen bekam

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, was sich in unseren familiären Beziehungen verändern müsste

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 12: Angehörigengruppe Abschluss

erfuhr, was sich in der Beziehung zu meinem Partner/ meiner Partnerin verändern müsste

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mehr Distanz zu der Ess-Störung bekam

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernte

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

**17. HATTE IHRE TEILNAHME AN DER ANGEHÖRIGEN-GRUPPE AUSWIRKUNGEN AUF DIE
FOLGENDEN BEREICHE IHRER FAMILIE ODER PARTNERSCHAFT**

(Bitte kreuzen Sie jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an:)

Wir suchen bei Problemen nach gemeinsamen Lösungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Die Familienpflichten sind gerecht verteilt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir teilen uns mit, wie es uns wirklich geht.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir versuchen, Schwierigkeiten möglichst umgehend zu lösen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir sind eng miteinander verbunden.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Jeder kann seinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass die anderen deswegen verärgert wären.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir brauchen lange, um mit schwierigen Situationen zurechtzukommen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir können uns darauf verlassen, dass alle Familienmitglieder ihre Aufgaben erfüllen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir nehmen uns Zeit, einander anzuhören.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wenn wir uns in unserer Familie aufregen, brauchen wir lange, um darüber hinwegzukommen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir regen uns nie gegenseitig auf.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 12: Angehörigengruppe Abschluss

Eigentlich vertrauen wir einander nicht.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

In unserer Familie haben wir die Freiheit, zu sagen, was wir denken.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Manchmal gehen wir uns gegenseitig aus dem Weg.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir sind uns oft nicht einig, welche Probleme wir haben.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir teilen einander mit, was uns gerade stört.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Wir haben die gleichen Vorstellungen über Erfolg und Leistung.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

**18. DURCH DIE ANGEHÖRIGENGROPPE BIN ICH AUF EIGENE PERSÖNLICHE PROBLEME
AUFMERKSAM GEWORDEN**

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

**19. DURCH DIE TEILNAHME AN DER ANGEHÖRIGENGROPPE HAT SICH ERGEBEN, DASS ICH FÜR
MICH SELBST INTENSIVERE HILFE IN ANSPRUCH GENOMMEN HABE**

☐ nein

☐ ja, ambulante Einzelpsychotherapie

☐ ja, ambulante Familien-/Paartherapie

☐ ja, Eheberatung

☐ ja, ambulante ärztliche Betreuung

☐ ja, ambulante psychiatrische Betreuung

☐ ja, Kur

☐ ja, stationäre psychiatrische Behandlung

☐ ja, stationäre psychotherapeutische Behandlung

☐ ja, andere _____

**20. DURCH DIE TEILNAHME AN DER ANGEHÖRIGENGROPPE HAT SICH ERGEBEN, DASS MEINE
PARTNERIN/MEIN PARTNER BZW. DIE BETROFFENE BZW. EIN ANDERES KIND INTENSIVERE
HILFE IN ANSPRUCH GENOMMEN HAT**

	Partnerin/Partner	die Betroffene	anderes Kind
Nein, keine	☐	☐	☐
ambulante Einzelpsychotherapie	☐	☐	☐
ambulante psychiatrische Betreuung	☐	☐	☐
ärztliche Betreuung	☐	☐	☐
Kur	☐	☐	☐
stationäre psychiatrische Behandlung	☐	☐	☐
stationäre psychotherapeutische Behandlung	☐	☐	☐
andere _____	☐	☐	☐

Modul 13: Teilnahme abgelehnt

INSTITUTIONS - CODE:
1. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:
2. BeraterIn- / TherapeutIn-Code:
Fall-Kennnummer:

Datum:

CODES UND KENNNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINGETRAGEN.

MODUL 13

TEILNAHME ABGELEHNT

Bitte kreuzen Sie an, was für die Klientin zutrifft. Bei den Leerzeilen bitte die Antworten aufschreiben.

1. GEBURTSTAG _____

2. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT

- ☐ Arbeiterin
- ☐ Facharbeiterin
- ☐ einfache/mittlere Angestellte/Beamtin
- ☐ höhere Angestellte/Beamtin
- ☐ Selbständige
- ☐ Auszubildende / Umschülerin
- ☐ Schülerin / Studentin
- ☐ Hausfrau
- ☐ Rentnerin
- ☐ arbeitslos
- ☐ sonstiges (bitte eintragen:) _____

3. FAMILIENSTAND

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ getrennt lebend
- ☐ verwitwet

4. LEBENSITUATION

aktuell in fester Partnerschaft lebend

☐ ja ☐ nein

wenn ja

☐ hetero ☐ lesbisch

5. NATIONALITÄT

- ☐ deutsch
- ☐ andere (bitte eintragen:) _____

6. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT

- ☐ evangelisch
- ☐ römisch-katholisch
- ☐ andere (bitte eintragen:) _____
- ☐ konfessionslos

7. DIAGNOSE(N)

Bitte Diagnose(n) (nach Wichtigkeit) nach ICD-10 eintragen:

Modul 13: Teilnahme abgelehnt

8. BESTEHT BEI DER KLIENTIN EINE SUCHTPROBLEMATIK?

☐ nein ☐ ja und zwar (bitte angeben:) _____

9. IST DIE KLIENTIN IN BEHANDLUNG?

- ☐ ja und zwar in ärztlicher Behandlung
☐ ja und zwar in psychiatrischer Behandlung
☐ ja und zwar in psychotherapeutischer Behandlung
☐ ja , die Klientin wird mit Psychopharmaka behandelt
☐ nein

10. WAR DIE KLIENTIN WEGEN EINER ESS-STÖRUNG BEREITS FRÜHER IN BEHANDLUNG?

- ☐ Nein
☐ Ja, in ambulanter Behandlung
☐ Ja, in stationärer Behandlung
☐ Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

11. WENN DIE KLIENTIN WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN AMBULANTER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE:
(Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>regulär beendet</i>	<i>Abbruch</i>	<i>unbekannt</i>
☐ Hausärztin/-arzt	_____	☐	☐	☐
☐ andere(r) Ärztin/Arzt	_____	☐	☐	☐
☐ Beratungsstelle für Ess-Störungen	_____	☐	☐	☐
☐ Sucht- oder andere Beratungsstelle	_____	☐	☐	☐
☐ ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut(in)	_____	☐	☐	☐
☐ Psychiater/Nervenarzt	_____	☐	☐	☐
☐ Andere (z. B. Heilpraktiker; bitte angeben welche): _____	_____	☐	☐	☐

Modul 13: Teilnahme abgelehnt

12. WENN DIE KLIENTIN WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE:
(Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>regulär beendet</i>	<i>Abbruch</i>	<i>unbekannt</i>
☐ Allgemeinkrankenhaus	_____	☐	☐	☐
☐ Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie	_____	☐	☐	☐
☐ Psychosomatisches Krankenhaus/ Rehaklinik	_____	☐	☐	☐
☐ Andere (bitte angeben welche): _____	_____	☐	☐	☐

13. WIE WURDE DIE KLIENTIN AUF IHRE INSTITUTION AUFMERKSAM UND WER STELLTE DEN ERSTEN KONTAKT ZUR INSTITUTION HER?

	Auf- merksam	Kontakt
<i>Klientin in Eigeninitiative</i>	☐	☐
<i>Mutter der Klientin</i>	☐	☐
<i>Ein anderes Familienmitglied, und zwar: _____</i>	☐	☐
<i>Partner(in) der Klientin</i>	☐	☐
<i>Hausarzt/-ärztin oder Facharzt/-ärztin für _____</i>	☐	☐
<i>Psychiatrischer Facharzt/Fachärztin oder Kinder- u. Jugendpsychiater(in)</i>	☐	☐
<i>Niedergelassene/r Psychotherapeut(in)</i>	☐	☐
<i>Psychosomatische Fachklinik</i>	☐	☐
<i>Allgemeines Krankenhaus</i>	☐	☐
<i>Krankenkasse</i>	☐	☐
<i>Andere Beratungsstelle</i>	☐	☐
<i>Schule/Ausbildungs-/Arbeitsstätte</i>	☐	☐
<i>Jugendamt/Gesundheitsamt</i>	☐	☐
<i>Eine befreundete Person</i>	☐	☐
<i>Ernährungsberater(in)</i>	☐	☐
<i>Sonstige Person, und zwar: _____</i>	☐	☐
<i>Medien/Telefonbuch/andere Verzeichnisse</i>	☐	☐
<i>Internet</i>	☐	☐

Modul 14: Bewertung der Beratung/Therapie, bisheriger Verlauf

INSTITUTIONS - CODE:						
1. Berater(in)- / Therapeut(in)-Code:						
2. Berater(in)- / Therapeut(in)-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum:

CODES UND KENNUMMER VON BERATER(IN) / THERAPEUT(IN) EINZUTRAGEN.

MODUL 14

BISHERIGER VERLAUF DER BERATUNG/THERAPIE

Sehr geehrte Klientin,

im Folgenden werden Sie gefragt, wie Sie die bisherige Beratung bzw. Behandlung in unserer Einrichtung bewerten. Ihre Beurteilung gibt uns wichtige Hinweise darauf, welche Elemente unseres Angebotes sich bei wem bewährt haben, welche Kombination von Beratungs-/ Behandlungsmaßnahmen sinnvoll und hilfreich ist und wo es Veränderungs- bzw. Verbesserungsbedarf gibt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Modul 14: Bewertung der Beratung/Therapie, bisheriger Verlauf

1. BEWERTUNG ZUM BISHERIGEN VERLAUF DER BERATUNG/THERAPIE

Bitte geben Sie eine zusammenfassende Einschätzung der Veränderungen hinsichtlich Ihrer Probleme, sofern sie im bisherigen Verlauf der Beratung/Therapie bereits behandelt werden konnten:

(wesentlich verschlechtert [-2] → keine Veränderung [0] → wesentlich verbessert [2] → Problem tritt nicht mehr auf [3] trifft nicht zu [9])

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg Größe _____
(und kreuzen Sie an:)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

3. Essanfälle

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

4. Erbrechen

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/Appetitzüglern

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

8. Ernährungsqualität

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

11. Soziale Isolation

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

12. Depressivität

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

13. Ängste

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

14. Zwanghafte Züge

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

24. Anderes: _____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

1.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von oben (1 – 24) verwenden)

Modul 14: Bewertung der Beratung/Therapie, bisheriger Verlauf

1.3 Wie zufrieden sind Sie mit dem bisherigen Verlauf der Beratung/Therapie?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

2. BERATUNGS-/BEHANDLUNGSFORM

2.1 Welche der bisherigen Beratungs-/Behandlungsform fanden Sie besonders hilfreich?

(Bitte nur eine ankreuzen)

☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche

2.2 Welche weiteren bisherigen Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie besonders hilfreich?

☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

2.3 Falls Sie verschiedene Beratungs-/Behandlungsformen hatten (z.B. Einzel- und Gruppengespräche), welche Kombination von Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie besonders hilfreich?

☐ keine Kombination

☐ eine Kombination aus (bitte die entsprechenden Formen von Beratung/Therapie ankreuzen):

☐ Einzelgesprächen ☐ Gruppengesprächen ☐ Familiengesprächen ☐ Paargesprächen
☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

2.4 Welche der bisherigen Beratungs-/Behandlungsform fanden Sie wenig hilfreich?

(Bitte nur eine ankreuzen)

☐ Einzelgespräche ☐ Gruppengespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche

2.5 Welche weiteren bisherigen Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie wenig hilfreich?

☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ andere (bitte nennen) _____

2.6 Falls Sie verschiedene Beratungs-/Behandlungsformen hatten (z.B. Einzel- und Gruppengespräche), welche Kombination von Beratungs-/Behandlungsformen fanden Sie wenig hilfreich?

☐ keine Kombination

☐ eine Kombination aus (bitte die entsprechenden Formen von Beratung/Therapie ankreuzen):

☐ Einzelgesprächen ☐ Gruppengesprächen ☐ Familiengesprächen ☐ Paargesprächen
☐ Ernährungsberatung ☐ kreative Therapie ☐ Körpertherapie ☐ Ess-Kontrolltechniken
☐ Essprotokolle/Esstagebücher ☐ Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehmung/-regulation
☐ andere (bitte nennen) _____

Modul 14: Bewertung der Beratung/Therapie, bisheriger Verlauf

3. THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG/ BEZIEHUNG ZUR BERATERIN

3.1 Bitte kreuzen Sie jeweils an, in welchem Ausmaß Sie mit den nachfolgenden Bemerkungen zu Ihrer bisherigen Beratung/Therapie einverstanden sind.

Die Atmosphäre war unterstützend und entspannt.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich habe mich angenommen und verstanden gefühlt.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich hatte das Gefühl von Freiheit in meinen Gefühlen, Ansichten und Handlungen.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich konnte alles ansprechen, was mich beschäftigte.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich fühlte mich mit meinen Problemen unterstützt.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich habe Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens zu verändern.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich erlebte den/die Berater(in)/Therapeuten(in) meist als Partner an einer gemeinsamen Arbeit.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Im großen und ganzen hatte ich das Gefühl, daß mich der/die Berater(in)/Therapeuten(in) verstand.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich konnte mich genügend öffnen.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich hätte lieber mit einem/einer Berater(in)/Therapeuten(in) des anderen Geschlechts gearbeitet.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich konnte die Interpretationen des/der Berater(s)/(in)/Therapeut(en)/(in) in der Regel nachvollziehen und für mich verwerten.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich erlebte den/die Berater(in)/Therapeut(en)/(in) als unparteiisch und neutral.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Ich konnte in der therapeutischen Beziehung Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten.

Stimmt nicht ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ +1 ☐ +2 stimmt genau

Modul 14: Bewertung der Beratung/Therapie, bisheriger Verlauf

3.2 Was fanden Sie bisher besonders gut?

3.3 Was hat Sie bisher besonders gestört?

4. DIE EINRICHTUNG

4.1 Waren Sie bisher mit der Art, wie sonst mit Ihnen in der Beratungsstelle/Einrichtung umgegangen wurde, zufrieden?

☐ ja ☐ nein

4.2 Was fanden Sie besonders gut?

4.3 Was hat Sie besonders gestört?

5. DAS BISHERIGE ERGEBNIS DER BERATUNG/THERAPIE

5.1 Bitte nennen Sie die wichtigsten Veränderungen, die Sie im bisherigen Verlauf der Beratung/Therapie erreicht haben:

1.

2.

3.

Modul 14: Bewertung der Beratung/Therapie, bisheriger Verlauf

5.2 Denken Sie, dass dies ausschließlich durch die Beratung/Therapie geschehen ist, oder sehen Sie noch andere Faktoren, die dabei eine Rolle spielen?

☐ vorrangig durch die Beratung/Therapie

☐ ich sehe noch den Einfluss folgender Faktoren: _____

5.3 Gab es Ereignisse, die Ihrer Meinung nach bisher den Erfolg der Beratung/Therapie erschwert haben?

☐ nein

☐ ja, folgende: _____

5.4 Glauben Sie an einen langfristigen Erfolg der Beratung/Therapie?

☐ ja ☐ nein

5.5 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gewicht?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

5.6 Wollen Sie an Ihrem Gewicht noch etwas verändern?

☐ nein

☐ ja, und zwar folgendes: _____

5.7 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Essverhalten?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

5.8 Sollte sich an Ihrem Essverhalten noch etwas verändern?

☐ nein

☐ ja, und zwar folgendes: _____

6. BEWERTUNG:

6.1 Das hat mir die Beratung/Therapie bisher gebracht:

6.2 Das hat mir die Beratung/Therapie bisher nicht gebracht bzw. das habe ich vermisst:

Modul 14 G: Bewertung der Gruppe, bisheriger Verlauf

INSTITUTIONS - CODE:						
1. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
2. BeraterIn / TherapeutIn-Code:						
Fall-Kennnummer:						

Datum:

CODES UND KENNUMMER VON BERATERIN / THERAPEUTIN EINZUTRAGEN.

MODUL 14 G **KLIENTINNENBEWERTUNG**
ZUM BISHERIGEN VERLAUF DER GRUPPE (SEPT. 03)

Sehr geehrte Klientin,

im Folgenden werden Sie gefragt, wie Sie das Gruppenangebot in unserer Einrichtung, an dem Sie teilgenommen haben, bis zum jetzigen Zeitpunkt bewerten. Ihre Beurteilung gibt uns wichtige Hinweise darauf, welche Elemente unseres Angebotes sich bei wem bewährt haben, welche Kombination von Beratungs-/Behandlungsmaßnahmen sinnvoll und hilfreich ist und wo es Veränderungs- bzw. Verbesserungsbedarf gibt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Modul 14 G: Bewertung der Gruppe, bisheriger Verlauf

1. PROBLEMBEWERTUNG ZUM ABSCHLUSS DER GRUPPE

Bitte geben Sie eine zusammenfassende Einschätzung der Veränderungen hinsichtlich Ihrer Probleme, sofern sie im bisherigen Verlauf der Gruppe behandelt werden konnten:

(wesentlich verschlechtert [-2] → keine Veränderung [0] → wesentlich verbessert [2] → Problem tritt nicht mehr auf [3] trifft nicht zu [9])

1. Gewicht (Bitte geben Sie an:) _____ kg Größe _____
(und kreuzen Sie an:)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

2. Körpergefühl/-wahrnehmung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

3. Essanfälle

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

4. Erbrechen

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

5. Eingeschränkte Nahrungsaufnahme/dauerndes Diäthalten

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

6. Missbrauch von Abführ-/ Entwässerungsmitteln/Appetitzüglern

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

7. Anderer Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen, etc.)

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

8. Ernährungsqualität

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

9. Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit Essen

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

10. Probleme mit Selbstwertgefühl

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

11. Soziale Isolation

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

12. Depressivität

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

13. Ängste

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

14. Zwanghafte Züge

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

15. Regulierung v. Gefühlen u. Gefühlsschwankungen

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

16. Sonstige seelische Beeinträchtigung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

17. Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

18. Probleme in der Partnerbeziehung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

19. Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

20. Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

21. Probleme in der Herkunftsfamilie

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

22. Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

23. Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

24. Anderes: _____

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-2	-1	0	1	2	3	9

1.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von oben (1 – 24) verwenden)

2. GRUPPENFORM

2.1 Wie lange dauerte die Gruppe bisher und wie viele Termine fanden bisher statt?

Gesamtzahl der Gruppentermine: _____

Wie häufig fanden die Termine statt (z.B. pro Woche/pro Monat): _____

Dauer der Gruppe insgesamt in Monaten: _____

2.2 An was für einer Form von Gruppe haben Sie teilgenommen?

☐ Phasenweise angeleitete Gruppe mit dem Ziel der Selbsthilfe

☐ Fortlaufend angeleitete Gruppe

2.3 Haben Sie bisher zusätzlich zur Teilnahme an der Gruppe auch andere Behandlungen bzw. Beratungen gehabt?

☐ Nein, nur Gruppe

☐ Ja, auch andere, und zwar:

☐ Einzelgespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche ☐ Ernährungsberatung

☐ Körpertherapie ☐ andere (bitte nennen) _____

Welche Behandlungs- bzw. Beratungsformen haben sich gut mit der Gruppenteilnahme ergänzt?

☐ Einzelgespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche ☐ Ernährungsberatung

☐ Körpertherapie ☐ andere (bitte nennen) _____

Welche Behandlungs- bzw. Beratungsformen haben sich nicht gut mit der Gruppenteilnahme ergänzt?

☐ Einzelgespräche ☐ Familiengespräche ☐ Paargespräche ☐ Ernährungsberatung

☐ Körpertherapie ☐ andere (bitte nennen) _____

3. GRUPPENBEWERTUNG INSGESAMT

3.1 Wie zufrieden sind Sie mit dem bisherigen Verlauf der Gruppe?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

3.2 Ist die Gruppe in der bisherigen Zeit für Sie das geworden, was Sie sich nach dem Vorgespräch mit der Leiterin/dem Leiter erwartet haben?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

Modul 14 G: Bewertung der Gruppe, bisheriger Verlauf

4. GRUPPENPROZESS UND LEITUNG

4.1 Bitte kreuzen Sie jeweils an, in welchem Ausmaß Sie mit den nachfolgenden Bemerkungen zum bisherigen Gruppenprozess und zur Leitung aus Ihrer Sicht einverstanden sind.

Die Atmosphäre war unterstützend.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe mich in der Gruppe wohlgefühlt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe mich angenommen und verstanden gefühlt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe mich sicher und geschützt gefühlt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich hatte das Gefühl von Freiheit in meinen Gefühlen, Ansichten und Handlungen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Die eingesetzten Methoden (Phantasie Reisen, Körperübungen, Rollenspiel usw.) waren für mich hilfreich.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte alles ansprechen, was mich beschäftigte.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Die für mich wichtigen Themen wurden in der Gruppe besprochen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte mich genügend öffnen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich fühlte mich bei meinen Problemen unterstützt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte im Gruppenprozess Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe den Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens wahrzunehmen.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Die Zusammenarbeit von Frauen mit verschiedenen Essstörungen war für mich hilfreich.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich erlebte die Gruppenleiterin/den Gruppenleiter meist als Partnerin/Partner an einer gemeinsamen Arbeit.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 14 G: Bewertung der Gruppe, bisheriger Verlauf

Im Großen und Ganzen hatte ich das Gefühl, dass mich die Gruppenleiterin/der Gruppenleiter verstand.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich empfand die Gruppenleiterin/den Gruppenleiter als menschlich echt.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich konnte die Anregungen der Gruppenleiterin/des Gruppenleiters in der Regel nachvollziehen und für mich verwerten.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich erlebte die Gruppenleiterin/den Gruppenleiter als unparteiisch und nicht-wertend.

Stimmt nicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

4.2 Den bisherigen Leitungsstil der Gruppenleiterin/des Gruppenleiters fand ich:

- ☐ Eher autoritär
- ☐ Ziemlich demokratisch
- ☐ Eher passiv/gewährend

4.3 Was fanden Sie bisher besonders gut?

4.4 Was haben Sie bisher als schwierig empfunden?

4.5 Was würden Sie sich anders wünschen?

5. DIE EINRICHTUNG

5.1 Waren Sie bisher mit der Art, wie mit Ihnen in der Beratungsstelle umgegangen wurde (auch durch deren MitarbeiterInnen, sofern Sie mit diesen Kontakt hatten) zufrieden?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

5.2 Was fanden Sie besonders gut?

5.3 Was hat Sie besonders gestört?

6. DAS BISHERIGE ERGEBNIS DER GRUPPE

6.1 Bitte nennen Sie das Wichtigste, das Sie im Verlauf gelernt, erkannt bzw. erreicht haben:

1.

2.

3.

6.2 Denken Sie, dass dies ausschließlich durch den Gruppenprozess geschehen ist, oder sehen Sie noch andere Faktoren, die dabei eine Rolle spielen?

- ☐ Ausschließlich durch den Gruppenprozess
☐ Ich sehe noch den Einfluss folgender Faktoren:

6.3 Gab es Ereignisse, die Ihrer Meinung nach bisher den Erfolg der Gruppe erschwert haben?

- ☐ Nein
☐ Ja, folgende:

6.4 Glauben Sie, dass Ihnen die Gruppe bisher weitergeholfen hat?

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Ja, und zwar | ☐ kurzfristig |
| | ☐ mittelfristig |
| | ☐ langfristig |
| ☐ Nein | |

6.5 Woran wollen Sie noch längerfristig weiterarbeiten?

6.6 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Gewicht?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

6.7 Wollen Sie an Ihrem Gewicht noch etwas verändern?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar folgendes: _____

6.8 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Essverhalten?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

6.9 Wollen Sie an Ihrem Essverhalten noch etwas verändern?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar folgendes: _____

7. ABSCHLIEßENDE BEWERTUNG:

7.1 Das hat mir die Gruppe bisher gebracht:

7.2 Das hat mir die Gruppe bisher nicht gebracht bzw. das habe ich vermisst:

Modul 15: Problembewertung zum bisherigen Verlauf

1.2 Wichtigste Problembereiche

Bitte nennen Sie die 3 wichtigsten Problembereiche
(bitte die Ziffern von Punkt 1.1 (1 – 24) verwenden)

2. BISHERIGER BERATUNGS-/THERAPIEVERLAUF

2.1 Wie beurteilen Sie den bisherigen Erfolg der Beratung/Therapie?

Die Beratung/Therapie war bisher insgesamt gesehen:

Kreuzen Sie bitte an: -1 hat geschadet 0: gar nicht erfolgreich 1: wenig erfolgreich 2: erfolgreich 3: sehr erfolgreich

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
-1 0 1 2 3

2.2 Welchen Anteil messen Sie der Beratung/Therapie an den bisherigen Veränderungen bei?

Die Beratung/Therapie hatte wahrscheinlich:

Kreuzen Sie bitte an: 0: gar keinen Anteil 1: wenig Anteil 2: erheblichen Anteil

☐ ☐ ☐
0 1 2

2.3 Welche anderen Gründe könnten außer der Beratung/Therapie noch an den Veränderungen beteiligt gewesen sein?

Positiv ausgewirkt hat sich wahrscheinlich:

Erschwerend kam hinzu:

2.4 Wenn Sie alles bedenken, wie zufrieden sind Sie selbst mit der bisherigen Beratung/Therapie?

Kreuzen Sie bitte an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden

☐ ☐ ☐ ☐
0 1 2 3

3. DIAGNOSE(N)

Bitte Diagnose(n) (nach Wichtigkeit)
nach ICD-10 eintragen:

Modul 15: Problembewertung zum bisherigen Verlauf

4. ARBEITSWEISE UND DAUER

4.1 Welche Verfahren und Methoden wurden bisher in welchem Setting angewendet ?

(Bitte tragen Sie die Stundenzahl(en) ein und in Klammern dahinter jeweils die durchschnittliche Dauer in Minuten)

Verfahren	Setting	Einzel	Gruppe	Paar/Familie	Angehörigen- gruppe	Angehörige einzeln
psychodynamisch						
humanistisch						
systemisch						
verhaltenstherapeutisch						
integrativ						
feministisch						
kreativ (z.B. gestaltungs-/ kunsttherapeutisch)						
körperorientiert (tanz-/ bewegungstherapeutisch)						
Ernährungsberatung/ Gesundheitsberatung						
Informationen zu Ernährung/ Diät/Ess-Störungen						
Ess-Kontrolltechniken						
Essprotokolle/Esstagebücher						
Übungen zur ess-spezifischen Selbstwahrnehm./-regulation						
Psychodrama/Rollenspiel						

4.2 Wie lange dauerte die Beratung/Therapie bisher und wie viele Sitzungen fanden statt?

Dauer der Beratung/Therapie in Monaten: _____

Gesamtzahl der Sitzungen: _____

Durchschnittliche Stundenzahl pro Woche: _____

4.3 Wieviel Zeit benötigten Sie durchschnittlich zur Nachbereitung/ Dokumentation?

☐ bis ca. 15 Min. ☐ ca. 15 – 30 Min. ☐ ca. 30 – 45 Min. ☐ mehr als 45 Min.

5. ABSCHLIEßEND NOCH EINIGE FRAGEN ZU BESONDEREN BELASTUNGEN IN DER BIOGRAPHIE DER KLIENTIN

5.1 Sexueller Missbrauch in Kindheit oder Jugend

Gab es in Kindheit oder Jugend der Klientin Erlebnisse sexueller Art, die sehr unangenehm oder belastend waren, bei denen andere Personen ihre Machtposition ausnutzten bzw. die gegen den Willen der Klientin geschahen?

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Wenn ja: Wie alt war die Klientin bei Beginn?

_____ Jahre

Modul 15: Problembewertung zum bisherigen Verlauf

Wie oft geschah dies?

- ☐ einmalig
- ☐ mehrfach
- ☐ mehrere Monate/häufiger
- ☐ mehrere Jahre/regelhaft
- ☐ nicht abgeklärt
- ☐ nicht zutreffend, kein Missbrauch

Welches Ausmaß hatte dies?

- ☐ Zeigen von Geschlechtsteilen
- ☐ (gegenseitiges) Berühren und Stimulieren von Geschlechtsteilen
- ☐ Verkehr
- ☐ nicht abgeklärt
- ☐ nicht zutreffend, kein Missbrauch

Durch wen?

- ☐ Vater
- ☐ Mutter
- ☐ Stiefvater
- ☐ Stiefmutter
- ☐ Onkel
- ☐ Tante
- ☐ Bruder
- ☐ Schwester
- ☐ Großvater
- ☐ Großmutter
- ☐ Bekannter der Familie
- ☐ Bekannte der Familie
- ☐ Fremder/andere männliche Person
- ☐ Fremde/andere weibliche Person
- ☐ nicht abgeklärt
- ☐ nicht zutreffend, kein sexueller Missbrauch

5.2 Sexueller Missbrauch als Erwachsene

Gab es irgendwann als Erwachsene bei der Klientin Erlebnisse sexueller Art, die sehr unangenehm oder belastend waren, bei denen andere Personen ihre Machtposition ausnutzten bzw. die gegen den Willen der Klientin geschahen?

- ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

5.3 Misshandlung

Wurde die Klientin als Kind geschlagen?

- ☐ häufig/regelmäßig
- ☐ manchmal
- ☐ nie/selten
- ☐ weiß sie nicht mehr
- ☐ nicht abgeklärt

Modul 15: Problembewertung zum bisherigen Verlauf

Gab es in der Entwicklung der Klientin einen Elternteil oder einen anderen Erwachsenen, der sie so hart schlug, dass sie körperliche Verletzungen oder blaue Flecken davontrug?

	als Kind	als Jugendliche	als Erwachsene
ja, häufig (mehr als 10 mal)	☐	☐	☐
ja, mehrfach (2-10 mal)	☐	☐	☐
ja, einmal	☐	☐	☐
nein, niemals	☐	☐	☐
nicht abgeklärt	☐	☐	☐

Gab es in Kindheit oder Jugend der Klientin einen Elternteil oder einen anderen Erwachsenen, von dem sie sich so sehr bedroht fühlte, dass sie Angst hatte, körperliche Verletzungen davonzutragen?

Wer? _____

- ☐ ja, häufig (mehr als 10 mal)
- ☐ ja, mehrfach (2-10 mal)
- ☐ ja, einmal
- ☐ nein, niemals
- ☐ nicht abgeklärt

Gab es in Kindheit oder Jugend der Klientin einen Elternteil oder einen anderen Erwachsenen, der sie häufig beschimpfte oder sie anderweitig entwertete (z.B. sagte: Du bist ja blöd, taugst nichts, etc.)?

Wer? _____

- ☐ ja, häufig (mehr als 10 mal)
- ☐ ja, mehrfach (2-10 mal)
- ☐ ja, einmal
- ☐ nein, niemals
- ☐ nicht abgeklärt

5.4 Vernachlässigung

Bitte beurteilen Sie, ob die Klientin als Kind hinreichend versorgt wurde. (Z.B. Wurde sie als Kind rechtzeitig ins Krankenhaus gebracht? Musste sie hungrig in die Schule gehen? Wurde sie mit Kleidung versorgt? Wurde der Geburtstag gefeiert?)

- ☐ ja, Klientin wurde vernachlässigt
- ☐ Hinweis auf Vernachlässigung
- ☐ nein, kein Hinweis auf Vernachlässigung
- ☐ nicht einzuschätzen/nicht abgeklärt