

Fragebogen zum Selbsthilfeprogramm "Die Böse Mutter"

(ausschliesslich für Frauen mit psychisch bedingter Adipositas)

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Überlegen Sie bei jeder Frage gründlich, welche Antwort wohl zu Ihnen passt. Beachten Sie, dass mehr als eine Antwort pro Frage zutreffend sein kann und kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen an. Es gibt keine 'richtigen' oder 'falschen' Antworten. Die Auswertung und Ihr Individueller Essplan werden durch den Computer in völliger Anonymität ausgearbeitet, Ihre Daten sind geschützt.

Vorname, Name

Strasse, PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Wichtig: Es werden keine Rechnungen verschickt. Dem ausgefüllten Fragebogen legen Sie bitte in bar Euro 50.- / Sfr. 60.- bei (Porto inbegriffen). Innerhalb von ca. drei Wochen erhalten Sie Ihre **Standortbestimmung** und Ihren **Individuellen Essplan**.

W1 Gewicht kg

W2 Grösse cm

**W3 Handgelenk-
umfang** cm

PA Alter

- 1 20 - 29 Jahre
- 2 30 - 39 Jahre
- 3 40 - 49 Jahre
- 4 50 Jahre und mehr

PB Familienstand

- 1 ledig
- 2 verheiratet
- 3 geschieden
- 4 verwitwet

PC Sind Sie schwanger?

- 1 Ja
- 2 Nein

LA Leben Sie

- 1 alleine?
- 2 mit Partner?
- 3 mit Kindern unter 10 Jahren?
- 4 u/o mit Kindern über 10 Jahren?
- 5 u/o mit Eltern?

LB Sind Sie berufstätig?

- 1 Voll
- 2 Teilzeit
- 3 Nicht

LC Besorgen Sie den Haushalt

- 1 ganz?
- 2 teilweise?
- 3 nicht?

LD Leben Sie

- 1 in einem Haus für sich?
- 2 in einer Wohnung?

LE Verbringen Sie einen Abend mit Freunden oder Bekannten

- 1 mehr als 3 mal im Monat?
- 2 weniger als 3 mal im Monat?

LF Betreiben Sie Sport?

- 1 Selten
- 2 Regelmässig
- 3 Nie

LG Sind Sie in einem Verein (Club, Gesellschaft, Initiative, usw.)?

- 1 Ja
- 2 Nein

LH Wann wachen Sie in Ihrer Freizeit auf?

- 1 Eher früh (vor 9.00 h)
- 2 Eher spät (nach 9.00 h)
- 3 Je nachdem

LJ Wann gehen Sie abends üblicherweise ins Bett?

- 1 Vor 22 Uhr
- 2 Nach 22 Uhr
- 3 Je nachdem

LK Bezeichnen Sie sich als Raucherin?

- 1 Ja
- 2 Nein

GA Wie ist Ihr Gesundheitszustand?

- 1 Robust (selten krank)
- 2 Gut (manchmal krank)
- 3 Anfällig (häufig krank)

GB Neigen Sie zu Allergien (Asthma, Heuschnupfen, Hautausschlag, usw.)?

- 1 Ja
- 2 Nein

GC Menstruieren Sie?

- 1 Ja
- 2 Nein
- 3 Unregelmässig

GD Haben Sie Beschwerden vor und/oder während der Menstruation?

- 1 Ja
- 2 Nein

EA Wann verspüren Sie den grössten Hunger?

- 1 Morgens
- 2 Mittags
- 3 Abends
- 4 Zwischendurch

EB Ist Ihr Hungergefühl während der Menstruation

- 1 stärker als gewöhnlich?
- 2 schwächer als gewöhnlich?
- 3 gleich?

EC Essen Sie in Gesellschaft

- 1 mehr als gewöhnlich?
- 2 weniger als gewöhnlich?
- 3 gleich?

ED Ist Ihr Hungergefühl nach körperlicher Betätigung (Sport, Arbeit)

- 1 stärker als gewöhnlich?
- 2 schwächer als gewöhnlich?
- 3 gleich?

EE Haben Sie schon versucht, Ihr Gewicht durch absichtliches Erbrechen zu regulieren?

- 1 Häufig
- 2 Gelegentlich
- 3 Nie

EF Trinken Sie pro Tag an alkoholischen Getränken

- 1 mehr als 1/2 Liter?
- 2 weniger als 1/2 Liter?
- 3 je nachdem?

EG Wie würden Sie Ihr Verlangen nach Süssigkeiten bezeichnen?

- 1 Nicht vorhanden
- 2 Mässig
- 3 Gross
- 4 Anfallartig

EH Wenn Sie alleine sind, kochen Sie für sich?

- 1 Ja
- 2 Nein
- 3 Selten

EJ Sind Sie Vegetarierin?

- 1 Ja
- 2 Nein

Fragebogen einsenden an:
herriger & partner gmbh
Thunstrasse 21
Postfach
CH-3000 Bern 6