

# Fragebogen zur Analyse des Essverhaltens

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten aus dem Bereich der Ernährung.



Nehmen Sie sich ca. 10 min Zeit für die Beantwortung:

## 1.) Bitte kreuzen Sie an, inwieweit folgende Aussagen auf Ihr Essverhalten zu treffen.

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen, esse ich mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich setze mir eine Kalorienmenge als Grenze und höre mit dem Essen auf, wenn ich sie erreicht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ablehnung durch andere Menschen gleiche ich durch Essen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Obwohl ich schon satt bin, esse ich manchmal weiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ich traurig bin, tröste ich mich mit Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Um nicht zuzunehmen, esse ich kleine Portionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn ich schmackhafte Dinge sehe, bekomme ich Appetit und fange an zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Um mein Gewicht zu kontrollieren, zähle ich Kalorien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr als gewöhnlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich esse nur soviel, wie ich mir vornehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich beende meine Mahlzeit oft bevor ich satt bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Werde ich kritisiert, esse ich mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich teile Lebensmittel nach ihrem Kalorien- und Fettgehalt in erlaubt und unerlaubt ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Um weniger zu essen, esse ich absichtlich langsamer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sobald ich etwas zu Essen rieche, bekomme ich Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn ich einmal angefangen habe zu essen, fällt es mir manchmal schwer, wieder damit aufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich meide Lebensmittel, die im Ruf stehen "dick" zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wenn ich nervös bin, muss ich mich durch Essen beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wenn ich in Gesellschaft bin, esse ich mehr als gewöhnlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Oft habe ich ein so starkes Hungergefühl, dass ich einfach etwas essen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich esse oft absichtlich weniger, als ich möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.) Wie beurteilen Sie Ihren Gewichtsstatus?

- Ich habe Übergewicht  *bitte beantworten Sie Frage 3*
- Ich wiege genau richtig  *bitte weiter mit Frage 4*
- Ich habe Untergewicht  *bitte weiter mit Frage 4*
- 

## 3.) Bitte beurteilen Sie, wieweit Ihr Übergewicht Sie belastet

- |   | trifft zu                | trifft nicht zu          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich bin wegen meines Übergewichts schon oft in Verzweiflung geraten.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Viele meiner Ziele kann ich wegen meines Übergewichts nicht erreichen.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Aufgrund meines Übergewichts finde ich schwer Kontakt zu anderen.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. An vielen interessanten Aktivitäten kann ich aufgrund meines Gewichts nicht teilnehmen.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich bin häufig niedergeschlagen wegen meines hohen Gewichts.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hätte ich nicht so viele Probleme mit meinem Übergewicht, könnte ich es viel weiter bringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 

## 4.) Welcher der folgenden Aussagen können Sie zustimmen oder nicht zustimmen

- |  | trifft zu                | trifft nicht zu          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich esse häufig den ganzen Tag kaum etwas, dafür schlage ich beim Abendessen richtig zu.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Manchmal habe ich Angst, das Essen nicht einschränken zu können.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich achte darauf, dass ich mindestens dreimal am Tag esse.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. In Gegenwart anderer esse ich meist sehr wenig. Dafür stopfe ich mich voll, sobald ich alleine bin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich esse öfters auch nebenbei, z.B. beim Lesen, fernsehen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Manchmal denke ich, dass ich mein Essverhalten besser kontrollieren sollte.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich habe schon mal daran gedacht, nach dem Essen zu erbrechen.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Unter der Woche esse ich meistens zu den gleichen Uhrzeiten.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Während dem Essen denke ich oft an den Kaloriengehalt und bekommen dann Schuldgefühle.              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Manchmal stehe ich mitten in der Nacht auf, um etwas zu essen.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Meistens esse ich mehr als dreimal am Tag.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

**5.) Kennen Sie Essanfälle, bei denen Sie mit dem Essen nicht mehr aufhören können?**

- ja, kommt häufiger vor
- ja, aber passiert selten
- nein *weiter mit Frage 6*

**Wenn ja, welche Aussagen charakterisieren Ihren Heißhunger**

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ich fühle mich während des Essens fremdgesteuert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es kommt phasenweise häufiger als einmal in der Woche vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nach so einem Essanfall mache ich mir schwere Selbstvorwürfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es kommt vor, dass ich danach erbreche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kaufe extra dafür ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich achte darauf, dass ich dann alleine und ungestört bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aus Angst zuzunehmen, nehme ich Abführmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe diese Essanfälle heimlich. Keiner weiß davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**6.) Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten durchgeführt?**

- |           |                          |                                |                          |
|-----------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| noch nie  | <input type="checkbox"/> | > 10 mal                       | <input type="checkbox"/> |
| 1 – 5 mal | <input type="checkbox"/> | regelmäßig (mind. 2x jährlich) | <input type="checkbox"/> |
| 6 – 9 mal | <input type="checkbox"/> | halte ständig Diät             | <input type="checkbox"/> |
- 

7.) **Größe**  cm

8.) **derzeitiges Gewicht**  kg

9.) **niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht**  kg



- das war vor
- < 1 Jahr
  - 2 – 4 Jahren
  - > 5 Jahre

10.) **höchstes (Erwachsene-) Gewicht**  kg

- das war vor
- < 1 Jahr
  - 2 – 4 Jahren
  - > 5 Jahre

11a.) Mein Wunschgewicht liegt bei

 kg

11b.) Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche

 kg

12.) Alter

 Jahre

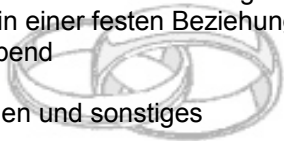
13.) Geschlecht

weiblich  
männlich

14.) Familienstand

ledig, allein lebend ohne feste Beziehung  
ledig, allein lebend in einer festen Beziehung  
ledig, nicht allein lebend  
verheiratet  
verwitwet, geschieden und sonstiges

15.) Höchster Schulabschluss

Hauptschulabschluss  
Realschulabschluss  
Fachabitur  
Abitur  
kein Abschluss

16.) Derzeitige Berufstätigkeit

ganztags erwerbstätig  
halbtags erwerbstätig  
Hausfrau / -mann  
Rentner(in)  
Schüler(in) / Student(in) / in Ausbildung  
z. Zt. Arbeitslos