

## Wie sieht Ihr Essverhalten aus? Kommt Ihnen das bekannt vor?

Falls Sie eine kostenlose Rückmeldung zu dieser Checkliste wünschen, bitte diese Seite an 071 664 44 89 faxen oder schicken.

Geben Sie mir zwecks vertraulichen Rückruf Ihre Telefonnummer (bitte keine Handynr.) bekannt, und wann ich Sie am besten erreichen kann.

Ja      Nein

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bedeutet für Sie Essen mehr Frust als Lust? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sollten Sie Ihr Gewicht aus gesundheitlichen Gründen verringern, aber es klappt nicht? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kreisen Ihre Gedanken meist um Essen und Ihre Figur? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tagsüber essen Sie kaum etwas, aber abends wissen Sie nicht mehr wie Sie aufhören sollen? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wenn es Ihnen schlecht geht, z.B. weil Sie sich alleine fühlen oder gestresst sind, essen Sie dann mehr als sonst? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Essen Sie nach dem Prinzip „alles oder nichts“? Zügeln Sie einerseits Ihren Appetit und halten sich vorübergehend an Salate, während Sie andererseits plötzlich denken, jetzt ist es sowieso schon egal und essen Sie dann ganz viel? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Beeinträchtigt Ihr Gewicht Ihre Lebensweise? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ärgern Sie sich, wenn andere Ihnen den Rat geben, „ein bisschen Willenskraft einzusetzen“, um abzunehmen? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie oft Hunger oder Appetit und können sich nicht beherrschen? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben Sie Schuldgefühle und Gewissensbisse, nachdem Sie mehr gegessen haben als Sie wollten? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Essen Sie bei Stress, Sorgen oder Schwierigkeiten, um zu „flüchten“? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sind Sie jemals ärztlich behandelt worden wegen Übergewicht? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie 3 oder mehr Fragen mit ja beantwortet haben, ist Ihre Beziehung zum Essen nicht mehr ganz unbelastet. Hier könnte Ihnen unsere Beratung weiterhelfen.