

Information: Bitte verwenden Sie für das Ausfüllen dieses Fragebogens das angezeigte Textwerkzeug!

1. Allgemeine Angaben		ausgefüllt am:	
<b>Personendaten</b>			
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	Bundesland	
Telefon	Handynummer	E-Mail	
Staatsangehörigkeit			
<b>Familienstand</b>			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt/ geschieden		Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl:	
<b>Wohnsituation</b>			
<input type="checkbox"/> bei Eltern		<input type="checkbox"/> alleine (im eigenen Haushalt)	
<input type="checkbox"/> bei einem Elternteil: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater		<input type="checkbox"/> in einer betreuten Wohnform	
<input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft		<input type="checkbox"/> ohne festen Wohnsitz	
<input type="checkbox"/> mit Partner zusammen		<input type="checkbox"/>	
<b>Eltern</b>			
<b>Mutter bzw. Elternteil 1:</b>		Sorgerecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name	Vorname	Alter	Beruf
Straße, Nr.	PLZ, Ort		
Telefon	Email		
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet/ Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> getrennt/ geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Vater bzw. Elternteil 2:</b>		Sorgerecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name	Vorname	Alter	Beruf
Straße, Nr.	PLZ, Ort		
Telefon	Email		
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet/Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> getrennt / geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Gesetzliche Betreuung</b>			
Wurde ein/e gesetzliche/r Betreuer*in bestellt oder einer (nahestehenden) Person eine Vollmacht erteilt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r) <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer			
Wenn ja: bitte Daten des/der Betreuer*in /Bevollmächtigten ergänzen:			
Name	Vorname		
Straße, Nr.	PLZ, Ort		
Telefon	Email		
Wirkungs-/ Aufgabenkreis des Betreuers oder der bevollmächtigten Person			
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge/Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten <input type="checkbox"/> Sonstige			

Krankenversicherung	
Name der <b>gesetzlichen Krankenkasse</b> (z.B. AOK...) und <b>Ort</b>	<b>Versichertennummer</b>
Name der <b>privaten Krankenversicherung</b> und <b>Ort</b>	<b>Service Nr.</b>
<b>Beihilfe</b> – berechtigt? Name der Beihilfestelle und <b>Ort</b>	<b>Beihilfe Personal-Nr.</b>
<input type="checkbox"/> ich bin selbst bei der Krankenkasse versichert (bitte rechts angeben, auf welche Weise versichert)	Student, freiwillig versichert, Arbeitsstelle, Arbeitsamt, Sozialamt
<input type="checkbox"/> ich bin familienversichert mit (bitte rechts Name und Geb.datum des Versicherten eintragen)	Name, Vorname, geb.
Finanzielle Situation	
<i>Hinweis für Klient*innen ab 21 Jahren bzw. bei Finanzierung über den überörtlichen Sozialhilfeträger: Kosten für Miete und Lebensunterhalt (Lebensmittel, Hygiene, Freizeit...) müssen selbst getragen werden.</i>	
<input type="checkbox"/> regelmäßiges Gehalt	<input type="checkbox"/> Krankengeld
<input type="checkbox"/> Taschengeld (Eltern)	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt
	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld
	<input type="checkbox"/> Ersparnisse
Größenordnung des monatlich <u>tatsächlich</u> zur Verfügung stehenden Einkommens:	
Hast du Schulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Höhe ca.	
Hast oder hattest du in den letzten Jahren schon einmal Leistungen eines Jugendamtes oder Sozialamtes erhalten?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	Welches Amt? (Name und Ort/Landkreis)
	Wann (Jahr)?

2. Angaben zu Ausbildung, Schule und Berufstätigkeit	
Höchster erreichter Schulabschluss	
<input type="checkbox"/> Qualifizierter Hauptschulabschluss (Quali)	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss
<input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/> (noch) kein Schulabschluss
<input type="checkbox"/> Abitur, Fachabitur (FOS)	
Aktuelle Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Schule unterbrochen (mehr als 3 Mon.)	<input type="checkbox"/> Studium
<input type="checkbox"/> Schule abgebrochen	<input type="checkbox"/> Ausbildung
<input type="checkbox"/> Besuch der Hauptschule	<input type="checkbox"/> Praktikum
<input type="checkbox"/> Besuch der Realschule	<input type="checkbox"/> Arbeit (erlernter Beruf)
<input type="checkbox"/> Besuch der Fachoberschule (FOS)	<input type="checkbox"/> (Aushilfs-)Job (nicht erlernter Beruf)
<input type="checkbox"/> Besuch des Gymnasiums	<input type="checkbox"/> arbeitssuchend
	<input type="checkbox"/> krank (mindestens seit 6 Wochen)
Aktuelle Schule/ Ausbildung	
Schule	
Klasse	Fachrichtung <input type="checkbox"/> Ganztageschule <input type="checkbox"/> Halbtageschule
Studium/ Ausbildung/ Praktikum, etc.	
Tätigkeit	Stundenumfang pro Woche

<b>Beruflicher Werdegang</b>					
Erlern(e) Beruf(e) [möglichst genaue Bezeichnung]					
In welcher Position hast du zuletzt gearbeitet [möglichst genaue Bezeichnung]					
Aktuelle berufliche Tätigkeit [möglichst genaue Bezeichnung]					
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> befristet, bis:		
<input type="checkbox"/> Sozialversicherungspflichtig (Verdienst über 538€ mtl.)		<b>Arbeitsstunden pro Woche:</b>			
<b>Welche Schule/ Tätigkeit/ Beruf würdest du bei ANAD anstreben?</b>					
<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Praktikum	<input type="checkbox"/> Ausbildung	<input type="checkbox"/> Job, Beruf	<input type="checkbox"/> Orientierung
<small>[möglichst genaue Bezeichnung und tägl. gewünschter Stundenumfang]</small>					

### 3. Leben in unseren Wohngruppen

**Was hat den Ausschlag dafür gegeben, dass du dich gerade jetzt bei uns gemeldet hast?**

--

**Was erwartest du dir speziell von der Wohngruppe?**

--

**Nenne 4 konkrete Ziele, die du in der Zeit bei ANAD erreichen willst und ordne diese nach ihrer Wichtigkeit** (z.B. in den Lebensbereichen Familie, Ernährung, Schule/ Beruf, im Alltagsleben, in Beziehungen, bei der Tagesgestaltung,...)

1.

2.

3.

4.

**Wenn du bei uns wohnst, wo siehst du die größten Herausforderungen?**

Wobei brauchst du besondere Unterstützung? (z.B. Tagesstruktur, Ernährung, Einkaufen...)

1.

2.

3.

4.

**Was machst du gern in deiner Freizeit?**

--

Wie selbstständig schätzt du dich in folgenden Bereichen ein?					
	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	gut	sehr gut
Einkaufen					
Kochen					
Wäsche waschen					
Putzen					
Tagesstrukturierung					
<b>Auf welche Besonderheiten/ Wünsche sollen wir in der Betreuung achten?</b> Z.B. zu Beginn häufiger auf dich zugehen?					
<b>Einzelne Mitarbeitende nehmen bei ANAD ihren Hund mit zur Arbeit.</b> Stellt das ein Problem für dich dar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
<b>Nur von Interessent*innen für die teilbetreute Wohngruppe (Pilotystr.) auszufüllen:</b> Ist ein Zusammenleben in einer gemischtgeschlechtlichen WG vorstellbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					

4. Medizinische Vorgeschichte		
<b>Diagnose(n)</b> (von bisher behandelnden Ärzt*innen oder Therapeut*innen vergeben) welche:		
<b>Essstörung/ Gewichtsentwicklung</b>		
Dauer der Essstörung: seit ____ Monaten oder seit ____ Jahr(en)		
aktuelles Gewicht:	kg	aktuelle Größe: m
		BMI (falls bekannt):
Bisher niedrigstes Gewicht	kg, wann: /	Bisher höchstes Gewicht kg, wann: /
<b>Aktuelle Klinik</b>		
Befindest du dich oder begibst du dich <u>demnächst</u> in eine/r Klinik? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
ab/seit:	bis voraussichtlich:	Station
Name, Adresse		Ansprechpartner*in in der Klinik:
<b>Welche Medikamente nimmst du aktuell ein?</b>		
Medikament	Dosierung	seit wann

In den letzten 5 Jahren in Anspruch genommene Dienste/ Einrichtungen				
Behandlungsart (z.B. Klinik, ambulante Therapie...)	Diagnose	von (Monat/Jahr)	bis (Monat/Jahr)	Bewertung Schulnote
Leidest du unter einer der folgenden körperlichen Erkrankungen/ Beschwerden?				
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? <i>Vor Einzug ärztliches Attest notwendig</i>			
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? <i>Vor Einzug ärztliches Attest notwendig</i>			
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welcher Typ?			
Sonstige körperliche Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?			
Rauchst du?				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie viele Zigaretten/ wie oft E-Zigarette am Tag?				
Trinkst du Alkohol?				
<input type="checkbox"/> Nein				
<input type="checkbox"/> Ja, aktuell: Welchen, wie oft und bei welchen Gelegenheiten?				
<input type="checkbox"/> Nein, aber früher: Welchen, wie oft und bei welchen Gelegenheiten?				
Hast du schon einmal Medikamente und/ oder Drogen ohne medizinische Verordnung eingenommen?				
<i>Bitte genaue Angaben</i>	Substanz	von (Monat/ Jahr)	bis (Monat/ Jahr)	
Medikamente <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja				
Halluzinogene (z.B. Cannabis, Haschisch, LSD) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja				
Aufputschmittel (z.B. Ecstasy, Amphetamine) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja				
Opiate (z.B. Kokain, Heroin, Morphin) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja				
Sonstige <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja				

<b>5. Essverhalten</b>
<b>Seit wann hast du Probleme mit dem Essen bzw. mit deiner Figur und deinem Gewicht?</b>
<b>Beschreibe <u>kurz</u> die Entwicklung deiner Essstörung (Beginn, Phasen, ...)</b>
<b>Gibt es ein bestimmtes (oder mehrere) Ereignis(se), das/die du für den Beginn deiner Probleme mit dem Essen verantwortlich machst?</b>
<b>Wie viele Mahlzeiten nimmst du pro Tag zu dir?</b>
<b>Lässt du Mahlzeiten ausfallen?</b>
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie häufig?:
<b>Hast du Essanfälle/ Essattacken?</b>
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie häufig?
<b>Erbrichst du dich nach Essanfällen oder normalen Mahlzeiten?</b>
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie häufig?
<b>Gibt es für dich "verbotene" Lebensmittel, die du, abgesehen von Essanfällen, aus deiner Ernährung ausschließt?</b>
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
<b>Ernährst du dich vegetarisch/ vegan oder hast du andere Ernährungsbesonderheiten?</b>
<b>Beschreibe dein früheres und aktuelles Bewegungs- und Sportverhalten</b>
Früher (Zeitraum, Art von Sport/ Bewegung und Häufigkeit):
Aktuell (Zeitraum, Art von Sport/ Bewegung und Häufigkeit):

**Nimmst du derzeit oder in der Vergangenheit Medikamente zur Gewichtsregulation?**

- Nein  
 Ja, welche?  
 Wie häufig?

**6. Ergänzende Fragen****Wie sehr leidest du aktuell unter...**

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Niedergedrückter Stimmung					
Stimmungsschwankungen					
Ängsten					
Zwangsgedanken/ -handlungen					
Schlafstörungen					
Anspannung					
Impulsivität					

**Hast du jemals traumatische Ereignisse (körperliche oder sexuelle Gewaltanwendung, sexueller oder emotionaler Missbrauch, Unfall, Naturkatastrophe) erlebt?**

- Nein     Ja, welche?

Wurde das Trauma bereits behandelt?  Nein     Ja; falls ja: wann und wo?

Sind Dissoziationen ein Symptom?  Nein     Ja; falls ja: in welcher Form und wie oft?

Sind Skills vorhanden?  Nein     Ja; falls ja: welche?

Ergeben sich daraus Besonderheiten in der Betreuung für dich? Z.B. bestimmte Trigger, Betreuung durch gleichgeschlechtliches/ gegengeschlechtliches Personal problematisch?

**Hast du dich schon einmal absichtlich mit einem scharfen oder spitzen Gegenstand verletzt oder dir auf andere Weise körperlichen Schaden zugefügt?**

- Nein     Ja, wann und womit?

Verletzt du dich **aktuell** selbst?  Nein     Ja; in welchen Situationen und womit?

Sind Skills vorhanden?  Nein     Ja; falls ja: welche und werden diese eigenständig angewendet?

**Hast du schon einmal daran gedacht, dir das Leben zu nehmen?**

- Nein  
 falls ja:  selten     regelmäßig     sehr häufig     wenig konkret     sehr konkret (drängend, mit Plan)

**Hast du schon einmal versucht dir das Leben zu nehmen?**

- Nein  
 Ja, wann und wie?  
 Unter welchen Umständen kam es dazu?

