

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>   |  |   |                                    |
| 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>  |  |   |                                    |
| 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<br><input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge/Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten <input type="checkbox"/> Sonstige |  |   |                                    |

| <b>Krankenversicherung</b>  |  |
|---|--|
| 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<br>(bitte rechts angeben, auf welche Weise versichert)  | Student, freiwillig versichert, Arbeitsstelle, Arbeitsamt, Sozialamt |
| <input type="checkbox"/> ich bin familienversichert mit<br>(bitte rechts Name und Geb.datum des Versicherten eintragen)   | Name, Vorname, geb.  |
| <b>Finanzielle Situation</b>  |  |
| <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:  |  |
| Haben Sie Schulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Höhe ca.   |  |
| <b>Haben oder hatten Sie in den letzten Jahren schon einmal Leistungen eines Jugendamtes oder Sozialamtes erhalten?</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Nein   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja   | Welches Amt? (Name und Ort/Landkreis)                                |
|   | Wann (Jahr)?   |

| <b>2. Angaben zu Ausbildung, Schule und Berufstätigkeit</b>         |  |
|---|--|
| <b>Höchster erreichter Schulabschluss</b>                           |  |
| <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)                   |  |
| <b>Aktuelle Tätigkeit</b>   |  |
| <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)                                    |
| <b>Aktuelle Schule/ Ausbildung</b>                                  |  |
| <b>Schule</b>   |  |
| Klasse  | Fachrichtung <input type="checkbox"/> Ganztageschule <input type="checkbox"/> Halbtageschule |
| <b>Studium/ Ausbildung/ Praktikum, etc.</b>                         |  |
| Tätigkeit   | Stundenumfang pro Woche  |

| <b>Beruflicher Werdegang</b>  |                                   |                                      |  |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| Erlernete(r) Beruf(e) [möglichst genaue Bezeichnung]                              |                                   |                                      |  |
| In welcher Position haben Sie 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 würden Sie 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 Sie sich gerade jetzt bei uns gemeldet haben?**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Was erwarten Sie sich speziell von der Wohngruppe?**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Nennen Sie 4 konkrete Ziele, die Sie in der Zeit bei ANAD erreichen wollen und ordnen Sie 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 Sie bei uns wohnen, wo sehen Sie die größten Herausforderungen?**

Wobei brauchen Sie besondere Unterstützung? (z.B. Tagesstruktur, Ernährung, Einkaufen...)

1.

2.

3.

4.

**Was machen Sie gern in Ihrer Freizeit?**

|  |
|--|
|  |
|--|

| Wie selbstständig schätzen Sie sich 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><br>Z.B. zu Beginn häufiger auf Sie zugehen?   |                 |           |          |     |          |
|   |                 |           |          |     |          |
| <b>Einzelne Mitarbeitende nehmen bei ANAD ihren Hund mit zur Arbeit.</b><br>Stellt das ein Problem für Sie dar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   |                 |           |          |     |          |
| <b>Nur von Interessent*innen für die teilbetreute Wohngruppe (Pilotystr.) auszufüllen:</b><br>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)<br>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>   |                      |                                     |
| Befinden Sie sich oder begeben Sie sich <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 nehmen Sie aktuell ein?</b>  |                      |                                     |
| Medikament   | Dosierung            | seit wann                           |
|  |                      |                                     |
|  |                      |                                     |
|  |                      |                                     |
|  |                      |                                     |

| In den letzten 5 Jahren in Anspruch genommene Dienste/ Einrichtungen   |   |                      |                      |                        |
|--|---|----------------------|----------------------|------------------------|
| Behandlungsart<br>(z.B. Klinik, ambulante Therapie...)   | Diagnose  | von<br>(Monat/Jahr)  | bis<br>(Monat/Jahr)  | Bewertung<br>Schulnote |
|  |   |                      |                      |                        |
|  |   |                      |                      |                        |
|  |   |                      |                      |                        |
|  |   |                      |                      |                        |
|  |   |                      |                      |                        |
|  |   |                      |                      |                        |
|  |   |                      |                      |                        |
|  |   |                      |                      |                        |
| Leiden Sie unter einer der folgenden körperlichen Erkrankungen/ Beschwerden?                                     |   |                      |                      |                        |
| Allergien  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?<br><i>Vor Einzug ärztliches Attest notwendig</i> |                      |                      |                        |
| Nahrungsmittelunverträglichkeiten  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?<br><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?  |                      |                      |                        |
| Rauchen Sie?   |   |                      |                      |                        |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wie viele Zigaretten/ wie oft E-Zigarette am Tag?     |   |                      |                      |                        |
| Trinken Sie 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?                      |   |                      |                      |                        |
| Haben Sie schon einmal Medikamente und/ oder Drogen ohne medizinische Verordnung eingenommen?                    |   |                      |                      |                        |
| <i>Bitte genaue Angaben</i>  | Substanz  | von<br>(Monat/ Jahr) | bis<br>(Monat/ Jahr) |                        |
| Medikamente<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja                                   |   |                      |                      |                        |
| Halluzinogene (z.B. Cannabis, Haschisch, LSD)<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja |   |                      |                      |                        |
| Aufputschmittel (z.B. Ecstasy, Amphetamine)<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja   |   |                      |                      |                        |
| Opiate (z.B. Kokain, Heroin, Morphin)<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja         |   |                      |                      |                        |
| Sonstige<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> falls ja                                      |   |                      |                      |                        |

|   |
|---|
| <b>5. Essverhalten</b>  |
| <b>Seit wann haben Sie Probleme mit dem Essen bzw. mit Ihrer Figur und Ihrem Gewicht?</b>   |
|   |
| <b>Beschreiben Sie <u>kurz</u> die Entwicklung Ihrer Essstörung (Beginn, Phasen, ...)</b>   |
|   |
| <b>Gibt es ein bestimmtes (oder mehrere) Ereignis(se), das/die Sie für den Beginn Ihrer Probleme mit dem Essen verantwortlich machen?</b> |
|   |
| <b>Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?</b>   |
|   |
| <b>Lassen Sie Mahlzeiten ausfallen?</b>   |
| <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, wie häufig?:  |
| <b>Haben Sie Essanfälle/ Essattacken?</b>   |
| <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, wie häufig?   |
| <b>Erbrechen Sie sich nach Essanfällen oder normalen Mahlzeiten?</b>  |
| <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, wie häufig?   |
| <b>Gibt es für Sie "verbotene" Lebensmittel, die Sie, abgesehen von Essanfällen, aus Ihrer Ernährung ausschließen?</b>                    |
| <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, welche?   |
| <b>Ernähren Sie sich vegetarisch/ vegan oder haben Sie andere Ernährungsbesonderheiten?</b>   |
|   |
| <b>Beschreiben Sie Ihr früheres und aktuelles Bewegungs- und Sportverhalten</b>   |
| Früher (Zeitraum, Art von Sport/ Bewegung und Häufigkeit):<br><br>Aktuell (Zeitraum, Art von Sport/ Bewegung und Häufigkeit):             |

**Nehmen Sie derzeit oder in der Vergangenheit Medikamente zur Gewichtsregulation?**

- Nein  
 Ja, welche?  
 Wie häufig?

**6. Ergänzende Fragen****Wie sehr leiden Sie aktuell unter...**

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

**Haben Sie 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 Sie? Z.B. bestimmte Trigger, Betreuung durch gleichgeschlechtliches/ gegengeschlechtliches Personal problematisch?

**Haben Sie sich schon einmal absichtlich mit einem scharfen oder spitzen Gegenstand verletzt oder sich auf andere Weise körperlichen Schaden zugefügt?**

- Nein     Ja, wann und womit?

Verletzen Sie sich **aktuell** selbst?  Nein     Ja; in welchen Situationen und womit?

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

**Haben Sie schon einmal gedacht, sich das Leben zu nehmen?**

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

**Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen?**

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

