

# Screening-Fragebogen Adipositas für Kinder und Jugendliche

## Ausfüllen durch Eltern, ab Seite 13 von Kind/Jugendlichen oder gemeinsam

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus und senden ihn zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen Ihres Kindes .....

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten möglich (angegeben). Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. Schreiben Sie dann die Antwort in die leeren Zeilen.

**Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.**

Vollständiger Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon Eltern: \_\_\_\_\_ Kinder- und Jugendarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

1. Aktuelles Gewicht Ihres Kindes \_\_\_\_\_ Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

2. Seit wann ist Ihnen bei Ihrem Kind/Jugendlichen Übergewicht aufgefallen? Seit \_\_\_\_\_ Jahren

3. Gibt es bestimmte Ereignisse oder Zeitpunkte, mit denen eine relativ rasche Gewichtszunahme einherging?

Ja

Nein, Gewichtszunahme erfolgte kontinuierlich

nicht rememberlich

wenn ja: wann bzw. was? \_\_\_\_\_

4. Wurden bei Ihrem Kind oder einem anderen Familienmitglied bereits Gewichtsabnahmeversuche oder Diätversuche unternommen? Wenn ja, wer, was und wie häufig?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viele Gewichtsabnahmeversuche erfolgten mit professioneller Anleitung (Arzt, Kur, Ernährungsberatung)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. War oder ist das Kind/der Jugendliche derzeit in Therapie wegen anderer Probleme?

7.  Ja, derzeit, wegen \_\_\_\_\_

Ja, früher, wegen \_\_\_\_\_

Nein

## Familiensituation

### 1. Vater:

Berufsabschluss: \_\_\_\_\_

jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

falls berufstätig:  ganztags  halbtags  
 stundenweise von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Größe: \_\_\_\_\_ cm

### 2. Mutter:

Berufsabschluss: \_\_\_\_\_

jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

falls berufstätig:  ganztags  halbtags  
 stundenweise von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Größe: \_\_\_\_\_ cm

3. Geschwister: Alter \_\_\_\_\_ Gew. \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm  
Alter \_\_\_\_\_ Gew. \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm  
Alter \_\_\_\_\_ Gew. \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm

### 4. Wird das Kind/der Jugendliche zur Zeit von anderen Personen als den Eltern betreut?

ja Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_  
 nein

5. Ist Ihr Kind stundenweise alleine zu Hause?  ja  nein  
wie lange täglich in Stunden: \_\_\_\_\_

6. Welche weitere Personen leben mit dem Kind/dem Jugendlichen im gleichen Haushalt oder üben einen Einfluss auf die Ernährung/Erziehung aus? \_\_\_\_\_

7. Wo leben die Großeltern des Kindes? \_\_\_\_\_

8. In welche Schulklasse geht Ihr Kind? \_\_\_\_\_

9. Welche Schule besucht Ihr Kind? \_\_\_\_\_

## Familiäre Erkrankungen und Risikofaktoren

1. Leidet jemand in der Familie unter Bluthochdruck? Wenn ja, wer?
2. Leidet jemand in der Familie unter Diabetes mellitus? Wenn ja, wer?
3. Leidet jemand in der Familie unter Gicht? Wenn ja, wer?
4. Leidet jemand in der Familie an einer Fettstoffwechselstörung (Cholesterin, Triglyzeride)? Wenn ja, wer?
5. Hatte jemand in der Familie vor dem 60. Lebensjahr einen Herzinfarkt oder Schlaganfall? Wenn ja, wer?
6. Leidet jemand in der Familie an Durchblutungsstörungen? Wenn ja, wer?
7. Ist in der Familie außer dem Kind noch jemand übergewichtig? Wenn ja, wer?
8. Warum, glauben Sie, ist Ihr Kind übergewichtig?

|                              |                            |                             |                            |
|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Veranlagung                  | <input type="radio"/> sehr | <input type="radio"/> etwas | <input type="radio"/> kaum |
| falsche Nahrungsauswahl      | <input type="radio"/> sehr | <input type="radio"/> etwas | <input type="radio"/> kaum |
| problematisches Essverhalten | <input type="radio"/> sehr | <input type="radio"/> etwas | <input type="radio"/> kaum |
| wenig Bewegung, Sport        | <input type="radio"/> sehr | <input type="radio"/> etwas | <input type="radio"/> kaum |
| familiäre Sorgen/Belastungen | <input type="radio"/> sehr | <input type="radio"/> etwas | <input type="radio"/> kaum |
| schulische Probleme          | <input type="radio"/> sehr | <input type="radio"/> etwas | <input type="radio"/> kaum |

Sonstige Ursachen?

Was vermutet der Vater: \_\_\_\_\_

Was vermutet die Mutter: \_\_\_\_\_

Was vermutet das Kind/der Jugendliche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Hobbies, Bewegungsgewohnheiten

1. Welche Hobbies hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Wie viele Stunden Fernsehen/Filme/Videos schaut Ihr Kind am Tag im Durchschnitt?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Welche weiteren Medien nutzt Ihr Kind, und in welchem zeitlichen Umfang?

O Handy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O Computerspiele \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O Soziale Netzwerke \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag draußen (Spielen, Sport, Bewegung, Freunde treffen)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Ist Ihr Kind in einem Sportverein? Wenn ja welche Sportart und wie häufig?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Welchen Sport oder Freizeitaktivität betreiben andere Familienmitglieder? Sind Eltern und Geschwister auch in einem Sportverein oder Sportstudio?

Vater: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ernährungsgewohnheiten

1. Wie viele Mahlzeiten am Tag nimmt die Familie gemeinsam ein? \_\_\_\_\_
2. Wie viele Mahlzeiten am Tag nimmt die Mutter ein? \_\_\_\_\_
3. Wie viele Mahlzeiten am Tag nimmt der Vater ein? \_\_\_\_\_
4. Frühstückt Ihr Kind?  Ja  Nein
5. Frühstückt die Mutter?  Ja  Nein
6. Frühstückt der Vater?  Ja  Nein
7. Wie häufig pro Woche verwenden Sie Fertiggerichte? \_\_\_\_\_
8. Wie viele Portionen (ca. 1 Handvoll) Obst, Gemüse und Salat pro Tag durchschnittlich isst  
der Vater oder Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_  
die Mutter oder Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_  
Geschwister \_\_\_\_\_  
das Kind/der Jugendliche \_\_\_\_\_  
weitere Einflusspersonen \_\_\_\_\_
9. Verwenden Sie Vollkornprodukte?  
wie VK-brot, VK-Nudeln, VK-Reis u.a.  (Fast) immer  gelegentlich  (fast) nie
10. Wie häufig essen Sie auswärts? \_\_\_\_\_
11. Wie häufig geht Ihr Kind in Fast Food Restaurants? \_\_\_\_\_
12. Welche Getränke werden von verschiedenen Familienmitgliedern nie (0), Gelegentlich (x)  
häufig (xx) oder sehr häufig (xxx) getrunken?

|   | <b>Kind</b> | <b>Mutter</b> | <b>Vater</b> | <b>Geschwister</b> |
|---|-------------|---------------|--------------|--------------------|
| Wasser (Mineralwasser, Leitungswasser)    |             |               |              |                    |
| Limo, Cola, Spezi, Eistee u.a. Softdrinks |             |               |              |                    |
| Fruchtsäfte und Fruchtnektare             |             |               |              |                    |
| Milch und Milchdrinks, Schokodrinks       |             |               |              |                    |
| Kaffee und Kaffeegetränke                 |             |               |              |                    |
| Alkoholische Getränke                     |             |               |              |                    |

13. Welche Lebensmittel sind in Ihrem Haushalt in der Regel vorrätig, wenn auch in kleinen Mengen? bitte ggf. Zutreffendes 1-2mal unterstreichen

- O Salzige Knabbereien, Chips und \_\_\_\_\_
- O Süßigkeiten, Schokolade, Kekse, Eiscreme, Kuchen
- O Müslis, welche Art? \_\_\_\_\_
- O Wurst; Würstchen
- O Fruchtjoghurts, Quarkdesserts, Puddings
- O Naturjoghurt, Quark, Buttermilch u. ä.
- O TK-Gemüse und TK Obst

14. Wie viele Gemüse- und Salatarten haben Sie im Durchschnitt zuhause und welche (auch TK)?

\_\_\_\_\_

15. Wie viele Obstarten haben Sie im Durchschnitt zuhause und welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Wie viele übliche Portionen (Teller, Handvoll, Schälchen, Glas etc.) essen einzelne im Haushalt lebende oder für die Erziehung bedeutende Familienmitglieder durchschnittlich pro Tag?

| Lebensmittelgruppe                  | Wasser/Tee, Kaffee (in Gläsern) | Gemüse/ Salat/ Obst | Fleisch/ Wurst | Säfte/ Schorlen | Süßigkeiten, Softdrinks Fruchtsaftgetränke etc., Sonstige Naschereien | Bier und andere alkohol. Getränke |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------|-----------------|---|-----------------------------------|
| Kind/Jugendlicher (YST-Interessent) |                                 |                     |                |                 |   |                                   |
| Mutter                              |                                 |                     |                |                 |   |                                   |
| Vater                               |                                 |                     |                |                 |   |                                   |
| Geschwister 1                       |                                 |                     |                |                 |   |                                   |
| Weit. Fam.mitglied Wer?             |                                 |                     |                |                 |   |                                   |
| Weit. Fam.mitglied Wer?             |                                 |                     |                |                 |   |                                   |
| Weit. Fam.mitglied Wer?             |                                 |                     |                |                 |   |                                   |

17. Wie oft nascht Ihr Kind im Durchschnitt? \_\_\_\_\_

## Motivation und Erwartungen

1. Wie wichtig ist es für die Mutter, dass sich das Gewicht verringert oder der Lebensstil ändert?

sehr wichtig

wichtig

unwichtig

ganz unwichtig

Wenn es Ihnen wichtig ist, warum sollte sich etwas verändern?

---

2. Wie wichtig ist es für den (leiblichen oder sozialen) Vater, dass sich das Gewicht verringert oder der Lebensstil ändert?

sehr wichtig

wichtig

unwichtig

ganz unwichtig

Wenn es Ihnen wichtig ist, warum sollte sich etwas verändern?

---

3. Wie wichtig ist es für weitere im Haushalt lebende und an der Erziehung mitwirkenden Personen?  
(Großeltern, Geschwister, aktuelle Lebenspartner)? \_\_\_\_\_

sehr wichtig

wichtig

unwichtig

ganz unwichtig

4. Wie wichtig ist es für Ihr Kind/Jugendlichen selbst?

sehr wichtig

wichtig

unwichtig

ganz unwichtig

5. Wie hoch schätzen Sie (Mutter) Ihre Motivation, Kraft und Ausdauer ein, an einer Veränderung mitzuwirken?

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr hoch                | eher hoch                | eher gering              | sehr gering              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Wie hoch schätzen Sie (Vater) Ihre Motivation, Kraft und Ausdauer ein, an einer Veränderung mitzuwirken?

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr hoch                | eher hoch                | eher gering              | sehr gering              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Wie hoch schätzen Sie Motivation, Kraft und Ausdauer Ihres Kindes ein, an einer Veränderung mitzuwirken?

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr hoch                | eher hoch                | eher gering              | sehr gering              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Was müsste sich in der Familie am Stärksten verändern, damit eine Gewichtsveränderung möglich ist?

---

---

9. Durch welches Verhalten bzw. Veränderung könnten Sie als Mutter eine Gewichtsabnahme oder -verbesserung des Kindes am Stärksten unterstützen?

---

---

10. Durch welches Verhalten bzw. Veränderung könnte der leibliche (?) oder soziale (?) Vaters eine Gewichtsabnahme oder -verbesserung am Stärksten unterstützen?

---

---

11. Wie viel müsste sich bei Ihnen als **Mutter** in folgenden Bereichen ändern?

Ernährungsgewohnheiten und Essverhalten

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bewegung und Sport

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Umgang mit Psychischen Problemen/Erziehung

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



12. Wie viel müsste sich beim **Vater** in folgenden Bereichen ändern?

Ernährungsgewohnheiten und Essverhalten

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bewegung und Sport

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Umgang mit Psychischen Problemen/Erziehung

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Bei getrennt lebenden Paaren: Wie viel müsste sich beim **aktuellen Partner/aktuelle Partnerin** in folgenden Bereichen ändern?

Ernährungsgewohnheiten und Essverhalten

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bewegung und Sport

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Umgang mit Psychischen Problemen/Erziehung

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Viel                     | etwas                    | wenig                    | gar nichts               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Möchten Sie noch etwas ergänzen?

---

---

---

---

## Psychologischer Fragebogen (bitte vollständig durch Eltern ausfüllen)

1. Alter des Kindes, Geb.datum: \_\_\_\_\_

2. Aktuelle Situation? Wie geht es dem Kind? \_\_\_\_\_

---

---

3. Wie viele Freunde hat Ihr Kind? Aktivität mit Freunden? Aktuelle Probleme?

---

---

---

4. Hobbies, Aktivitäten Ihres Kindes: \_\_\_\_\_

---

---

5. Verlauf der Entwicklung/Besonderheiten: \_\_\_\_\_

---

---

6. Momentane emotionale/psychische Verfassung: \_\_\_\_\_

---

---

7. Problematische Verhaltensweisen: \_\_\_\_\_

---

### **Familie:**

1. Betreuungssituation: Wie viele Stunden ist das Kind täglich alleine \_\_\_\_\_

2. Gibt es Beziehungsprobleme/Konflikte? Wenn ja, welche? Wie fühlt sich Ihr Kind?

---

---

**3. Wie beurteilen Sie als Eltern die Gewichtsentwicklung Ihres Kindes? Gibt es einen Zeitpunkt, an dem Sie eine stärkere Gewichtszunahme oder eine Veränderung des Essverhaltens wahrgenommen haben?**

---

---

---

---

**Schule:**

**1. Wie läuft es?** \_\_\_\_\_

---

---

**2. Gibt es Probleme (Lehrer, Fächer, Noten, Mitschüler)?** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Warum?** \_\_\_\_\_

---

---

**3. Gibt es Erfahrungen mit Mobbing/Hänseleien:** \_\_\_\_\_

---

**Einschneidende Ereignisse:**

**1. Tod innerhalb der Familie oder nahestehende Menschen, Verlust von Freundschaften, Unfälle, Trennungen, Umzüge, Verlust von Bindungs- und Bezugspersonen, Migration, sonstige Traumatisierungen?**

---

---

---

**2. Wann begann die Gewichtszunahme?**

**Gibt es eine Verbindung zu einem einschneidenden Lebensereignis oder eine Veränderung des gewohnten Lebensablaufes?**

---

---

---

**3. Gibt es bei anderen Familienmitgliedern Probleme mit Gewicht, Ernährung, Essstörungen?**

---

---

**4. Wurde schon etwas ausprobiert, um Gewicht und Ernährung zu verbessern (Diät, Bewegung, Ernährungsberatung, Kurs, Kur, spezielle Diätlebensmittel, Medikamente)?  
Wenn ja, was, wie lange und mit welchem Erfolg oder Misserfolg?**

---

---

**5. Wer in der Familie ist dafür, dass sich etwas ändert?**

---

**Wer in der Familie ist dagegen, und warum?**

---

---

**Ziele und Wünsche des Kindes/des Jugendlichen**

---

---

**Ziele der Familienmitglieder:**

---

**Der anschließende Fragebogen richtet sich an Kinder bzw. Jugendliche. Je nach Alter und Reife kann der Fragebogen alleine vom Kind ausgefüllt werden oder auch gemeinsam mit den Eltern.**

# Fragebogen für Kinder und Jugendliche

## Lieber YoungStars Interessent,

der anschließende Fragebogen ist Teil der Anmeldung für YoungStars und auch die Grundlage für das Kennenlerngespräch mit dem YoungStars Team.

Bitte fülle diesen Fragebogen daher sorgfältig aus und schicke ihn zusammen mit dem Fragebogen Deiner Eltern an das YoungStars- Team, z. Hd. Frau Brenninger.

Du findest sowohl offene Fragen, schreibe in diesem Fall Deine Antwort in die dafür vorgesehenen Zeilen. Weiterhin findest Du auch Fragen, bei denen Du aus einer Liste von Möglichkeiten die für Dich richtige Antwort ankreuzt. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten möglich.

**Deine Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und bleiben im YoungStars-Team.**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

1. Was ist der Hauptgrund Deines Kommens? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Seit wann hast Du das Problem mit dem Übergewicht? \_\_\_\_\_

3. Was stört Dich an Deinem Übergewicht?

Aussehen

Möchte mich schicker anziehen können

Körperliche Beschwerden – wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

kann mich nicht so gut bewegen

ich werde von anderen nicht anerkannt

ich werde von anderen deswegen gehänselt, geärgert...

Habe keine Freundin/keinen Freund

befürchte gesundheitliche Probleme, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

4. Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      aktuelle Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

5. Wann hast Du Dich das letzte mal gewogen? \_\_\_\_\_

6. Dein niedrigstes Gewicht im letzten halben Jahr: \_\_\_\_\_ kg

7. Dein höchstes Gewicht im letzten halben Jahr: \_\_\_\_\_ kg

8. Wieviel kg möchtest Du abnehmen? \_\_\_\_\_ kg

9. In welcher Zeit glaubst Du Dein Wunschgewicht erreichen zu können? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Was muss passieren, damit Du Dein Wunschgewicht erreichst? \_\_\_\_\_

---

---

11. Was hast Du bisher versucht, um Dein Gewicht in Griff zu bekommen? \_\_\_\_\_

---

---

12. Was haben Deine Eltern bisher getan, um Dir bei diesem Problem zu helfen? \_\_\_\_\_

---

---

13. Wie viele Personen und wer leben bei Dir zuhause? \_\_\_\_\_

---

14. Wer noch in der Familie hat ein Problem mit dem Essen oder Gewicht? \_\_\_\_\_

---

---



## Wie isst du?

|   | immer                 | meistens              | manchmal              | selten                | nie                   |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich esse schnell, auf jeden Fall schneller als meine Freunde.                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ich esse zwischen den üblichen Mahlzeiten.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ich esse meine Mahlzeit, ohne dabei Pausen zu machen.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ich kaue mein Essen gründlich.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Ich esse langsam, da ich zum Beispiel mein Besteck immer wieder beiseite lege.                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ich nehme gern Nachschlag, auch wenn ich schon einen randvoll gefüllten Teller leer gegessen habe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Ich esse zu festen Zeitpunkten am Tag.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ich esse meine Mahlzeiten am gleichen Platz (zum Beispiel am Esstisch).                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Während des Essens beschäftige ich mich mit Lesen oder Ähnlichem.                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Jetzt möchten wir gern erfahren, wie häufig du in bestimmten Situationen isst:

| Wie häufig isst du, wenn ...  | nie                   | selten                | manchmal              | meistens              | immer                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ... du dich einsam fühlst?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ... du dich vor einer schwierigen Situation befindest (z.B. einer Prüfung)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ... du wütend bist?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ... du dich über etwas freust?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ... du Kummer hast?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ... du in Eile bist?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ... du erfolgreich warst (z.B. bei einer Prüfung)?                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ... du von anderen geärgert wurdest?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. ... du enttäuscht bist?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ... du liest oder fernsiehst?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ... du dich entspannen möchtest?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. ... du eigentlich satt bist?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. ... gerade Essenszeit ist, obwohl du gar nicht hungrig bist?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. ... du etwas zu Essen angeboten bekommst, obwohl du gar keinen Hunger hast? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. ... alle anderen um dich herum essen?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. ... du etwas Leckeres zu Essen riechst oder siehst?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |





## Wie gut kannst du mit deinem Gewicht umgehen?

| Wie leicht fällt es dir, . . .  | sehr leicht           | leicht                | geht so               | schwer                | sehr schwer           |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. . . mit deinen Eltern über das Abnehmen zu sprechen?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. . . kleinere Portionen zu essen?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. . . auf Nachschlag zu verzichten?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. . . langsam zu essen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. . . bei einer Heißhungerattacke zu gesunden Nahrungsmitteln zu greifen?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. . . feste Mahlzeiten einzuhalten?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. . . dich vom Essen abzulenken?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. . . an festen Plätzen (z.B. dem Esstisch) zu essen?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. . . auf dickmachende Nahrungsmittel zu verzichten?                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. . . beim Abnehmen durchzuhalten?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. . . Hunger von Appetit zu unterscheiden?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. . . dich aufzuraffen, dich zu bewegen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. . . auf Gefühle wie Freude oder Frust anders als mit Essen zu reagieren?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. . . etwas zu trinken statt zu essen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. . . dich zu wehren, wenn du wegen deines Gewichts gehänselt wirst?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. . . „nein“ zu sagen, wenn du etwas angeboten bekommst, was du nicht essen möchtest? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Jetzt möchten wir gern erfahren,  
wie es dir ergangen ist:

| In den letzten zwei Wochen . . .  | nie                   | selten                | manchmal              | meistens              | immer                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. . . konnte ich mit meinem Gewicht gut leben.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. . . war ich mit meiner Figur wegen meines Gewichts unzufrieden.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. . . musste ich mir fest vornehmen, weniger zu essen.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. . . war ich wegen meines Gewichts traurig.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. . . fehlte es mir wegen meines Gewichts an Selbstvertrauen.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. . . hatte ich Angst, noch mehr an Gewicht zuzunehmen.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. . . kam ich schon nach ein paar Metern Laufen ins Schwitzen.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. . . hat mich mein Gewicht gestört, wenn ich Kleidung kaufen wollte.                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. . . hatte ich wegen meines Gewichts nach dem Essen ein schlechtes Gewissen.                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. . . habe ich mich wegen meines Gewichts geärgert.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. . . bin ich beim Treppensteigen wegen meines Gewichts schon nach wenigen Stufen aus der Puste gekommen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Jetzt möchten wir gern erfahren,  
wie es dir ergangen ist:

| In den letzten zwei Wochen . . .  | nie                   | selten                | manchmal              | meistens              | immer                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. . . ist es mir passiert, dass man mich wegen meines Gewichts nicht mochte.                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. . . musste ich mich zwingen, an Gewicht zu verlieren.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. . . konnte ich mich nur richtig wohl fühlen, wenn ich so viel gegessen habe, wie ich wollte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. . . war ich wegen meines Gewichts lieber allein als mit anderen zusammen.                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. . . fand ich mein Aussehen ganz okay, wenn ich mich mit anderen verglichen habe.             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. . . habe ich mich gesund gefühlt.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. . . hat mich mein Gewicht beim Schulsport gestört.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. . . habe ich wegen meines Gewichts nur schwer Freunde gefunden.                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. . . wurde ich wegen meines Gewichts von anderen gehänselt.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. . . hatte ich das Gefühl, wegen meines Gewichts angestarrt zu werden.                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. . . bin ich wegen meines Gewichts ungern ins Schwimmbad gegangen.                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Evaluations-Fragebogen zum Bewegungsverhalten K-B

Bewegung und Sport macht dem einen etwas mehr und dem anderen weniger Spaß. Und jeder macht in seiner Freizeit etwas anderes.

Wir möchten gerne von Dir wissen, was Du in Deiner Freizeit am liebsten machst. Bitte lies alle Fragen genau durch und beantworte sie möglichst schnell.

- 1 Wie viele Stunden pro Woche machst Du Sport (außer Schulsport) und welche Art von Sport?

---



---

- 2 Nimmst Du regelmäßig am Schulsport teil?  Ja  Nein

- 3 Welche Medien nutzt Du und in welchem zeitlichen Umfang?

Handy **wie oft und lange?** \_\_\_\_\_

Computerspiele **wie oft und lange?** \_\_\_\_\_

Soziale Netzwerke **wie oft und lange?** \_\_\_\_\_

Fernsehen/Video etc... **wie oft und lange?** \_\_\_\_\_

4. Es gibt verschiedene Sportarten. Bitte kreuze hier an, wie oft Du folgende Sportarten in der Woche machst, jedesmal mindestens 20 Minuten

| Sportart                                    | 5-7mal | 3 – 6 mal | 1 – 2 mal | seltener |
|---|--------|-----------|-----------|----------|
| Schwimmen                                   |        |           |           |          |
| Radfahren                                   |        |           |           |          |
| Laufen (Joggen)                             |        |           |           |          |
| Ballsportarten<br>(Fußball, Volleyball....) |        |           |           |          |
| Badminton, Tennis                           |        |           |           |          |
| Inliner, Schlittschuhfahren etc.            |        |           |           |          |
| Tischtennis                                 |        |           |           |          |
| Tanzen, Aerobic, Jazz Dance etc.            |        |           |           |          |
| Reiten                                      |        |           |           |          |
| Weitere Sportart                            |        |           |           |          |
| Weitere Sportart                            |        |           |           |          |

5. Wenn Du Dich mit Deinen Freunden triffst, was macht Ihr dann meistens. Bitte kreuze hier an, was Ihr wie oft macht?

|   | immer | oft | selten | nie |
|---|-------|-----|--------|-----|
| Zusammen Fernseh gucken/Filme anschauen |       |     |        |     |
| Zusammen Computer, Handy spielen        |       |     |        |     |
| Draußen um die Häuser ziehen            |       |     |        |     |
| Mit dem Fahrrad, umherfahren            |       |     |        |     |
| Inliner oder Skateboard fahren          |       |     |        |     |
| Sonstiges                               |       |     |        |     |

6. Vielleicht kommt es einmal vor, dass keiner Deiner Freunde Zeit für Dich hat. Bitte kreuze an, was Du machst, wenn Du alleine bist?

|   | immer | oft | selten | nie |
|---|-------|-----|--------|-----|
| Fernsehen/Filme   |       |     |        |     |
| Computer, Handy spielen                                     |       |     |        |     |
| Irgend etwas in der Wohnung, z.B. Aufräumen, malen, basteln |       |     |        |     |
| Mit dem Fahrrad, umherfahren                                |       |     |        |     |
| Inliner oder Skateboard fahren                              |       |     |        |     |
| Draußen Spazieren gehen                                     |       |     |        |     |
| Lesen   |       |     |        |     |
| Sonstiges:  |       |     |        |     |

7. Wenn Du keine Sportart regelmäßig machst, welchen Grund hat das?

- Ich bin krank und kann deshalb keinen Sport machen
- Ich habe keine Lust, Sport zu machen.
- Sport ist mir zu anstrengend.
- Es ist mir peinlich vor anderen
- Es ist mir zu teuer, in einen Sportverein/Fitness-Studie zu gehen.
- Ich habe niemanden, mit dem ich Sport machen kann.
- Die Sportmöglichkeiten sind zu weit entfernt und nicht erreichbar.
- Über Sport habe ich mir noch keine Gedanken gemacht.
- Ich treibe regelmäßig Sport.

8. Nun möchten wir von Dir wissen, wie lange du in Deiner Freizeit fern siehst oder andere Medien (Handy, PC, Social Media) nutzt?

**Unter der Woche**

- weniger als 1 Stunde am Tag
- 1-2 Stunden am Tag
- 3-4 Stunden am Tag
- 5-8 Stunden am Tag
- mehr als 8 Stunden am Tag

**Am Wochenende**

- weniger als 1 Stunde am Tag
- 1-2 Stunden am Tag
- 3-4 Stunden am Tag
- 5-8 Stunden am Tag
- mehr als 8 Stunden am Tag

9. Stell Dir vor, es ist Wochenende und Du dürftest ganz alleine bestimmen, was Du machen möchtest. Deine Familie aber auch Deine Freunde haben Dir versprochen, alles mitzumachen.

- Ich würde gerne mit meiner Familie/Vater/Mutter ins Kino gehen
- Ich würde gerne mit meiner Freundin/Freund ins Kino gehen
- Ich möchte eine ganz tolle Fahrradtour machen.
- Ich möchte mit Freunden in ein Spaßbad gehen und dort den ganzen Tag herumtoben
- Ich möchte gerne den ganzen Tag Fernseh gucken, solange ich will und was ich will.
- Ich würde gerne den ganzen Tag am Computer spielen, ohne dass mir jemand sagt, dass ich aufhören soll.
- Ich würde gerne den ganzen Tag mit meinen Freunden draußen spielen/rumziehen.
- Ich würde gerne den ganzen Tag auf der Couch oder im Bett bleiben und lesen.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

10. Jeder Mensch muss schlafen. Bitte schreibe hier auf, wann Du an Schultagen abends meistens schlafen gehst und wann Du meistens ausstehst?

Schlafen gehe ich um .....Uhr

Ich stehe auf um .....Uhr

11. Am Wochenende, wenn man keine Schule hat, muss man meist nicht zu einer bestimmten Zeit aufstehen. Bitte schreibe auf, wann Du an schulfreien Tagen ins Bett gehst und wann Du aufstehst.

Schlafen gehe ich um .....Uhr

Ich stehe auf um .....Uhr

**Vielen Dank an die gesamte Familie, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, den Fragebogen umfassend auszufüllen.**

**Der Fragebogen ist Teil des Anmeldeprozedere und auch die Grundlage für das Kennenlerngespräch mit dem YoungStars Team.**

**Bitte schicken Sie die Fragebögen ausgefüllt an Praxis für Ernährungstherapie, Therapieprojekt YoungStars, Dorothea Brenninger, Augasse 20, 93164 Laaber**