

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

**kann ersetzt werden durch
 APP-Auswertung**

Name: _____
 Adresse: _____

 Alter: _____ Jahre
 Größe: _____ cm
 Gewicht zu Beginn: _____ kg
 Gewicht am Ende: _____ kg
 Protokolltage: _____

Beachten Sie bitte beim Ausfüllen:

- Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen.
- Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
- Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
- Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt (s.u.).
- Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
- Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
- Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein
- Mengenerläuterung:
 1 Esslöffel (EL) = 15 ml
 1 Teelöffel (TL) = 5 ml
 1 Tasse (s.o.) = 125 ml

Brot			
Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Graubrot			Scheibe 40,0 g
Weißbrot, Toast			Scheibe 25,0 g
1/2 Brötchen			Stück 25,0 g
1/2 Vollkornbrötchen			Stück 30,0 g
Vollkornbrot			Scheibe 45,0 g
Croissant			Stück 40,0 g
Knäcke, Zwieback			Scheibe 10,0 g
Brotbelag			
Butter			Teelöffel 5,00 g
Margarine			Teelöffel 5,00 g
Butter/Margarine halbfett			Teelöffel 5,00 g
Wurst (Schinkenwurst, Mettwurst, Leberwurst)			Portion 25,0 g
Fettarme Wurst (Kochschinken, Corned Beef, Geflügelwurst, ...)			Portion 25,0 g
Schinken roh			Portion 15,0 g
Salami			Scheibe 30,0 g
Käse unter 20%Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Käse 20-40% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Käse über 40% Fett i.Tr.			Portion 30,0 g
Camembert			Portion 30,0 g
Frischkäse			Portion 30,0 g
Marmelade, Gelee			Teelöffel 10,0 g
Honig			Teelöffel 10,0 g
Nußnougatcreme			Portion 20,0 g
Magerquark (< 3% Fett)			Esslöffel 30,0 g
Speisequark (10 % Fett)			Esslöffel 30,0 g
Eier			Stück 60,0 g
Müsli und Cornflakes			
Haferflocken, trocken			Esslöffel 10,0 g
Müsli, trocken			Portion 40,0 g
Früchte-Müsli			Portion 40,0 g
Cornflakes, trocken			Tasse 20,0 g
Schoko-Müsli			Portion 40,0 g

Kaffee und Milchprodukte			
Kaffee/Tee schwarz			Tasse 200 g
Cappuccino			Tasse 200 g
Früchte-/Kräutertee			Tasse 200 g
Kondensmilch/Dosenmilch			Teelöffel 15,0 g
Zucker			Teelöffel 5,00 g
Süßstoffe			Tablette 1,00 g
Kakao			Tasse 200 g
Trinkmilch 3,5% Fett			Glas 200 g
Trinkmilch 1,5% Fett			Glas 200 g
Buttermilch			Tasse 150 g
Naturjoghurt 3,5 %			Portion 150 g
Naturjoghurt 1,5 %			Portion 150 g
Naturjoghurt 0,1 %			Portion 150 g
Joghurt mit Früchten 3,5 %			kleiner Becher 150 g
Joghurt fettarm mit Früchten 1,5 %			kleiner Becher 150 g
Fleisch- und Wurstwaren			
Kotelett, Schnitzel (paniert)			Portion 200 g
Steak, Schnitzel natur			Portion 200 g
Puten-/Hähnchenschnitzel			Stück 200 g
Braten			Portion 200 g
Gulasch, Ragout			Portion 200 g
Bratwurst			Stück 150 g
Würstchen, Bockwurst, Wiener Würstchen			Stück 150 g
Fleisch-, Kochwurst			Portion 100 g
Frikadelle, Klops			Stück 200 g
Leber, Herz, Niere			kleine Portion 125 g
Mett, Gehacktes			Portion 150 g
Tatar, Schabefleisch			Portion 70,0 g
Speck, Bauchfleisch			Scheibe 50,0 g
Fleischsalat			Portion 100 g
Hamburger			Portion 200 g
Döner			Portion 350 g
Gyros			Portion 200 g



Beilagen/Soßen/Suppen			
Kartoffeln			Stück 80,0 g
Kartoffelpüree			Portion 250 g
Klöße, Knödel			Stück 80,0 g
Bratkartoffeln			Portion 250 g
Pommes frites			Portion 200 g
Kartoffelpuffer			Stück 70,0 g
Kartoffelsalat			Portion 250 g
Reis, gekocht			Tasse 180 g
Nudeln, gekocht			Tasse 150 g
Pizza			Stück 300 g
Mehlpfannkuchen			Portion 250 g
Klare Suppe			Teller 300 g
Gebundene Suppe			Teller 350 g
Suppen-Eintopf			Teller 450 g
Tomatenketchup			Portion 20,0 g
Soße			Portion 60,0 g
Hackfleischsoße			Esslöffel 20,0 g
Käsesoße			Portion 100 g
Gemüse			
Gemüse, gebunden			Portion 200 g
Gemüse, gedünstet			Portion 200 g
Hülsenfrüchte (Erbsen, Linsen, Bohnen)			Tasse 150 g
Tomaten			Stück 60,0 g
Gurke			Stück 100 g
Rohkostsalat			Portion 250 g
Blattsalat			Portion 100 g
Paprikaschoten frisch			Stück 150 g
Mohrrübe frisch			Stück 100 g
Radieschen frisch			Stück 30,0 g
Sahne-Dressing			Portion 60,0 g
Essig-Öl-Marinade			Portion 60,0 g
Joghurt-Dressing			Portion 60,0 g

Fisch			
Fisch, gekocht			Portion 150 g
Fisch, gebraten			Portion 150 g
Fisch, paniert			Portion 200 g
Fischstäbchen			Stück 30,0 g
Fischkonserve			Dose 180 g
Fisch, geräuchert			Portion 70,0 g
Rollmops, Matjes			Stück 90,0 g
Krustentiere			Portion 100 g
Heringssalat			Portion 50,0 g
Getränke			
Fruchtsaft 100 % Frucht			Glas 200 g
Limonade, Cola			Glas 200 g
Lightgetränke			Glas 200 g
Mineral-/Leitungswasser			Glas 200 g
Gemüsesaft			Glas 200 g
Bier alkoholfrei			Glas 300 g
Bier			Glas 300 g
Wein, Sekt			Glas 125 g
Spirituosen (Korn, Wodka)			Schnapsglas 20,0 g
Liköre			Schnapsglas 20,0 g
Obst			
Apfel			Stück 150 g
Apfelsine			Stück 150 g
Birne, Pfirsich, Nektarine			Stück 150 g
Banane			Stück 140 g
Erdbeeren, Himbeeren, Stachelbeeren			Portion 100 g
Mandarine, Clementine			Stück 40,0 g
Kirschen frisch			Portion 125 g
Pflaumen frisch			Stück 35,0 g
Kuchen und Desserts			
Obstkuchen			Stück 150 g
Trockenkuchen			Stück 70,0 g
Sahne-, Cremetorte			Stück 120 g
Stückchen, Teilchen			Stück 100 g
Schlagsahne			Esslöffel 20,0 g

Waffeln			Stück 150 g
Eis			Portion 150 g
Milchpudding			Schälchen 250 g
Kompott, Apfelmus			Portion 125 g
Süßwaren und Snacks			
Bonbon			Stück 5,00 g
Kekse			Stück 5,00 g
Müsli-Riegel			Stück 50,0 g
Schokolade			Stückchen 20,0 g
Schokoriegel z. B. (Mars, Nuts)			Stück 100 g
Pralinen			Stück 20,0 g
Nüsse			Handvoll 50,0 g
Salzige Knabberer			Handvoll 50,0 g
Kartoffelchips			Handvoll 50,0 g
Studentenfutter mit Erdnüssen			Handvoll 100 g
Negerkuss			Stück 20,0 g
Eiweißpräparate			
Eiweißpulver/-shake			in g angeben
Eiweißbrot			Scheibe 40 g
Milcheiweiß			Teelöffel 5,00 g
Sojaweißkonzentrat			Portion 50 g

Für Lebensmittel, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind.			
Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit

Ggf. Wichtige Anmerkungen für die Auswertung:

Bewegungstagebuch

TAG	WIE WAR DER ALLTAG?	WIE HABEN SIE SICH BEWEGT?	HABEN SIE SPORT BETRIEBEN?	MEIN HEUTIGES BEFINDEN	EIGENE BEMERKUNGEN
MO	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer: _____ _____ _____	😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️ <input type="checkbox"/>	
DI	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer: _____ _____ _____	😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️ <input type="checkbox"/>	
MI	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer: _____ _____ _____	😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️ <input type="checkbox"/>	
DO	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer: _____ _____ _____	😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️ <input type="checkbox"/>	

Bewegungstagebuch

TAG	WIE WAR DER ALLTAG?	WIE HABEN SIE SICH BEWEGT?	HABEN SIE SPORT BETRIEBEN?	MEIN HEUTIGES BEFINDEN	EIGENE BEMERKUNGEN
FR	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer: _____ _____ _____ _____	😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️ <input type="checkbox"/>	
SA	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer: _____ _____ _____ _____	😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️ <input type="checkbox"/>	
SO	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer: _____ _____ _____ _____	😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️ <input type="checkbox"/>	

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:

BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN
WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		
_____ Uhr		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

Fragebogen zur Lebensqualität

Quality of Life for Obesity Surgery (QOLOS) Questionnaire (Astrid Müller, Martina de Zwaan et al.
OBES SURG (2018) 28:451 - 463 -DOI 10.1007/s11695-017-2864-6 - Teil 1

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
1	Ich bin fast ständig am Essen von kleinen Snacks.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2	Ich habe ständig Angst, nicht satt zu werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3	Es ist mir unangenehm, meinen Körper zu zeigen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4	Ich bin mit meinem Aussehen unzufrieden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5	Ich lehne meinen Körper ab.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6	Ich verliere häufig die Kontrolle über mein Essverhalten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7	Aus Angst vor Blicken oder Kommentaren von Anderen vermeide ich viele Aktivitäten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8	Aufgrund meines äußeren Erscheinungsbildes habe ich Schwierigkeiten, einen Partner/eine Partnerin zu finden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9	In meiner Partnerschaft erfahre ich genügend Unterstützung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10	Ich habe genügend positive Aktivitäten in meinem Alltag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11	Ich kann problemlos vom Boden oder von Sitzgelegenheiten aufstehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12	Ich habe das Gefühl, aktiv am Leben teilzunehmen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13	Meine körperlichen Erkrankungen beeinträchtigen mich in meinem Alltag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14	Ich habe genug Energie, um meinen Alltag bewältigen zu können.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15	Gelegentlich esse ich in einer kurzen Zeit viel mehr als für mich normal wäre.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16	Ich kann Essen genießen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17	Aufgrund meines Aussehens finde ich keine Arbeitsstelle.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18	In meiner Familie fühle ich mich geliebt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19	Meine Gedanken kreisen ständig um die Themen Essen und Gewicht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20	Es belastet mich, keinen festen Partner/keine feste Partnerin zu haben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21	In meiner Familie erfahre ich genügend Unterstützung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22	Sobald ich Probleme oder Stress habe, esse ich zu viel.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23	Mich alleine an- und auszuziehen gelingt mir mühelos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24	Ich esse oft heimlich.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25	Ich schäme mich für meinen Körper.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26	Meine Schmerzen behindern mich bei vielen Aktivitäten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27	In meiner Familie erfahre ich ausreichend Wertschätzung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28	Das Einzige was mich tröstet, ist Essen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
29	Ich esse oft weiter, obwohl sich mein Magen bereits voll anfühlt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
30	Ich mache mir Sorgen um meine finanzielle Situation.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
31	Mein Aussehen behindert meine berufliche Entwicklung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
32	Ich erlebe Schwierigkeiten bei der Körperpflege.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
33	Bei der Haushaltsführung bin ich auf Hilfe angewiesen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
34	Ich fühle mich in meinem Körper wohl.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35	Aufgrund meiner Schmerzen bin ich nicht leistungsfähig genug.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36	Aufgrund meines Aussehens habe ich viele Nachteile im Alltag.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



VERÄNDERUNGSFRAGEBOGEN

1. Was haben Sie seit der letzten Vorstellung konkret an Ihrem Essverhalten geändert?

2. Was haben Sie seit der letzten Vorstellung konkret an Ihrem Bewegungsverhalten geändert?

3. Schätzen Sie bitte auf einer Zehnerskala Ihre Zufriedenheit mit der bisherigen Umstellung Ihrer Lebensgewohnheiten ein:

⇒	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	⇐
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

0 = überhaupt nicht zufrieden 10 = völlig zufrieden

Ich sehe keinen Anlass, mein Ess- und Bewegungsverhalten zu verändern.

Wir empfehlen, Ihr Essprotokoll über eine APP zu führen, über die dann vor Zusendung auch die Analyse erfolgt. Beispiel-APPs: fddb, kalorien.de, Yazio, myfitnessPal