



**KLINIK  
AM KORSO**

**DIE  
JOHANNITER®**



Herrn  
Prof. Dr. med. Thomas Huber  
persönlich/vertraulich  
Ostkorso 4

**32545 Bad Oeynhausen**

Bitte rufen Sie ca. 3 Tage nachdem Sie den Fragebogen an uns zurückgeschickt haben, unsere Mitarbeiter im Aufnahmesekretariat (05731 / 181 -1114) zwecks Terminabsprache für das ambulante Vorgespräch an.

## Fragebogen zum Lebenslauf

Dieser Fragebogen soll dazu dienen, Sie etwas genauer kennenzulernen. Indem Sie ihn so sorgfältig wie möglich ausfüllen, helfen Sie uns, Ihnen sowohl im ambulanten Vorgespräch als auch während der stationären Behandlung gerecht zu werden.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Senden Sie deswegen den Fragebogen direkt an unseren Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas Huber. Bei Rückfragen können Sie uns unter 05731 / 181-0 telefonisch erreichen.

**Bitte füllen sie den Fragebogen vollständig aus.**  
**Besonders bei Ihren persönlichen Daten (Adresse, Hausarzt etc.) sind vollständige Angaben wichtig.**

Fachzentrum für gestörtes Essverhalten  
Ostkorso 4 – 32545 Bad Oeynhausen Tel.: 05731 / 181 - 0 - Fax: 05731 / 181 – 11 18  
Internet: [www.klinik-am-korso.de](http://www.klinik-am-korso.de) - Mail: [info@klinik-am-korso.de](mailto:info@klinik-am-korso.de)

**Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen**

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ H. Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Telefon privat\*** \_\_\_\_\_ **Telefon dienstlich** \_\_\_\_\_

**eMail Adresse\*** \_\_\_\_\_ **Telefon mobil** \_\_\_\_\_

\*besonders wichtige Angabe – damit wir kurzfristig mit Ihnen Kontakt aufnehmen können.

Geschlecht <sup>1</sup> männl. <sup>2</sup> weibl.

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit**

Deutsch <sup>1</sup>

Deutsch, im Ausland geboren <sup>2</sup> Wo? \_\_\_\_\_

Andere Staatsangehörigkeit und im Ausland geboren <sup>3</sup> Welche? \_\_\_\_\_

Andere Staatsangehörigkeit und in Deutschland geboren <sup>4</sup> Welche? \_\_\_\_\_

**Versicherter**

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Rentenversicherung \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits einen Antrag auf Kostenübernahme gestellt? Wenn Ja, bei wem? \_\_\_\_\_

**Hausarzt**  Herr  Frau

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ H.Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

### 1. Hatten Sie schon einmal Kontakt mit unserer Klinik aufgenommen?

Wenn ja, wie und wann?

Ambulantes Vorgespräch in der **Klinik am Korso** am: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Stationärer Aufenthalt in der **Klinik am Korso** vom: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

bis: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

### 2. Wie sind Ihre Ziele, Erwartungen und Wünsche an Ihren Aufenthalt in unserer Klinik?

### 3. Familienstand

<sup>1</sup> Ledig

<sup>4</sup> Getrennt lebend

<sup>2</sup> Verheiratet

<sup>5</sup> Geschieden

<sup>3</sup> Eheähnliche Partnerschaft

<sup>6</sup> Verwitwet

### 4. Kinder

Anzahl der Kinder Im Alter von:  Bis:  Jahre

Davon in Ihrem Haushalt lebend

### 5. Wie leben Sie zur Zeit?

<sup>1</sup> Allein

<sup>5</sup> Bei den Eltern

<sup>2</sup> Mit (Ehe-) Partner ohne Kind/er

<sup>6</sup> Bei Verwandten

<sup>3</sup> Mit (Ehe-) Partner mit Kind/ern

<sup>7</sup> Mit Freunden

<sup>4</sup> Mit Kind oder Kindern

<sup>8</sup> Wohnheim/Wohngruppe/WG

<sup>9</sup> Andere Wohnform, welche? \_\_\_\_\_

### 6. Fragen zur (Ehe-) Partnerbeziehung

Es besteht eine Partnerbeziehung <sup>1</sup>

Es bestehen gelegentliche Beziehungen <sup>2</sup>

Es besteht seit weniger als einem ½ Jahr keine Partnerbeziehung <sup>3</sup>

Es besteht seit mehr als einem ½ Jahr keine Partnerbeziehung <sup>4</sup>

Es bestand bisher noch keine Partnerbeziehung <sup>5</sup>

**7. Höchste abgeschlossene (bei Schüler/innen angestrebte) Schulausbildung.**

- <sup>1</sup> Ohne Schulabschluss <sup>5</sup> Fachhochschulreife  
<sup>3</sup> Hauptschulabschluss <sup>6</sup> Hochschulreife / Abitur  
<sup>4</sup> Realschulabschluss

**7.1 Wenn Sie SchülerIn sind, in welche Klasse gehen Sie?**

**8. Höchste abgeschlossene Berufsausbildung.**

- <sup>1</sup> Keine <sup>3</sup> Meister  
<sup>2</sup> Lehre <sup>4</sup> Fachhochschul/Universitätsabschluss  
<sup>5</sup> Sonstiges, was? \_\_\_\_\_

**9. Genaue Berufsbezeichnung**

der von Ihnen derzeit ausgeübten  
(beruflichen) Tätigkeit \_\_\_\_\_  
des erlernten Berufes: \_\_\_\_\_  
des angestrebten Berufes: \_\_\_\_\_

**9.1. Arbeiten Sie z.Zt.**

	Vollzeit	Teilzeit	Stunden pro Woche	Schicht- und /oder Wochen- enddienst	Mit Nachtschicht
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Ehe-)Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Wie lange waren Sie im letzten Jahr krank bzw. arbeitsunfähig?**

Anzahl der Kalendertage ca.

Sind Sie im Moment  
krankgeschrieben? <sup>0</sup> Nein <sup>1</sup> Ja, seit dem:  .  .

**11. Für mich treffen eine oder mehrere der folgenden Aussagen zu:**

- Ich bekomme eine Rente <sup>0</sup> Nein <sup>1</sup> Ja  
Ich habe eine Rente beantragt <sup>0</sup> Nein <sup>1</sup> Ja  
Ich habe eine berufliche/schulische Rehabilitation beantragt <sup>0</sup> Nein <sup>1</sup> Ja

**12. Wo sind Sie bis zum Ende des 14. Lebensjahres überwiegend aufgewachsen?**

- <sup>01</sup> Vater und Mutter <sup>06</sup> Großeltern  
<sup>02</sup> Mutter <sup>07</sup> Andere Verwandte  
<sup>03</sup> Vater <sup>08</sup> Pflegeeltern  
<sup>04</sup> Vater und Stiefmutter <sup>09</sup> Andere Personen  
<sup>05</sup> Mutter und Stiefvater <sup>10</sup> Heim o.ä.

**Mit welchem Alter haben Sie ggf. das "Elternhaus" verlassen? Mit  Jahren**

**13. Als Nächstes möchten wir Sie bitten, uns Auskunft über Ihre Eltern, Ihre Geschwister, die Geschwisterfolge und Krankheiten in Ihrer Familie zu geben.**

		Eltern		Geschwister				
		Vater	Mutter	1	2	3	4	5
Geb. Jahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ggf. Todes Jahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	männl.	X		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	weibl.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. Halb- oder Stiefgeschwister		X		<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"/>
Magersucht	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulimie	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adipositas (Fettsucht)	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol-abhängigkeit	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen-abhängigkeit	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenten-abhängigkeit	früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere psychische Erkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere körperliche Erkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Alter zu Beginn der Essstörung  Aktuelle Grösse  cm      Aktuelles Gewicht (ohne Kleidung)  kg

Welche Diagnose trifft auf Sie zur

1  Magersucht      2  Bulimie      3  Adipositas      4  Andere

15. Wie häufig hatten Sie in den letzten zwei Jahren Gewichtsschwankungen von  $\pm 5$  oder mehr kg?      ca  mal

16. Welches Gewicht hätten SIE gerne, einmal völlig abgesehen von Meinungen und Ratschlägen Anderer?       kg

17. Wie häufig haben Sie sich im letzten halben Jahr durchschnittlich gewogen?      ca  mal pro Woche

**18. Bitte beschreiben Sie uns kurz Ihr:**

- aktuelles Essproblem

- dessen Entstehungsgeschichte

- auftretende Probleme, die damit in Zusammenhang stehen  
(Partnerschaft, Beruf, Familie, Sexualität usw.).

**19. Haben Sie**

	Nein	Ja	Wie oft pro Woche	Seit wann? Monat	Jahr
Fressanfälle	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fress-Brechanfälle	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wenn ja, schildern Sie bitte wenn möglich Anlässe und Befindlichkeiten vor und nach dem Anfall.

vor:

nach:

**19.1. Haben Sie das Gefühl, bei einem solchen Anfall die Kontrolle in Bezug auf das Essen zu verlieren?**

nie	selten	gelegentlich	oft	immer
<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>

**20. Welche METHODEN ZUR GEWICHTSKONTROLLE verwenden Sie jetzt, bzw. haben Sie früher verwendet?**

	Aktuell	Früher	von (Jahr)	bis (Jahr)
Diät	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erbrechen	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie oft pro Woche (Durchschnitt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Appetitzügler	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abführmittel	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entwässerungsmittel	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nahrungsmittel in den Mund nehmen und ohne zu schlucken wieder ausspucken	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fester Essplan	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ständige Selbstkontrolle bei Essen	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fasten / Hungern zur Gewichtsreduktion	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sport	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstiges Was?	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gar nichts	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**21. Wieviel Angst haben Sie vor dem Essen?**

sehr wenig	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	sehr viel
------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------

22. Wie oft denken Sie an das Essen? sehr selten 5  4  3  2  1  sehr häufig

nie
selten
gelegentlich
oft
immer / sehr oft

---

23. Schämen Sie sich für Ihre Essgewohnheiten? 5  4  3  2  1

24. Haben Sie Schuldgefühle in Bezug auf Ihre Essgewohnheiten? 5  4  3  2  1

gar nicht
sehr undeutlich
undeutlich
deutlich
sehr deutlich

---

25. Wie deutlich haben Sie ein Gefühl für Hunger? 5  4  3  2  1

26. Wie deutlich haben Sie ein Gefühl für Sättigung? 5  4  3  2  1

27. Bei Magersucht und Bulimie: Fürchten Sie sich davor, dick zu werden? gar nicht 5  4  3  2  1  sehr stark

28. Waren Sie zu Beginn Ihrer Essstörungssymptomatik eher stark untergewichtig 5  4  3  2  1  stark übergewichtig

29. Sind Sie Ihrer Meinung nach im Augenblick stark untergewichtig 5  4  3  2  1  stark übergewichtig

30. Sind Sie mit Ihrem Körper sehr unzufrieden 5  4  3  2  1  sehr zufrieden

31. Bewegen Sie sich körperlich häufig oder treiben Sie regelmäßig Sport?

Nein  Ja. Was? \_\_\_\_\_

Wie oft wöchentlich  mal. Wie lange jeweils? ca.  Minuten

32. Fühlen Sie sich unwohl, wenn Sie sich körperlich nicht bewegen bzw. keinen Sport treiben?

nie
selten
gelegentlich
oft
immer

5 
4 
3 
2 
1

33. Wie leicht fallen Ihnen die folgenden Verhaltensweisen?

sehr schwer
mittel
sehr leicht

Die Fähigkeit, sich zu entspannen 5  4  3  2  1

Das Erkennen eigener Bedürfnisse 5  4  3  2  1

Äußern von Gefühlen/Wünschen 5  4  3  2  1

Durchsetzung eigener Interessen oder Wünsche 5  4  3  2  1

Die Fähigkeit, „Nein“ zu sagen 5  4  3  2  1

34. Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Periode bekamen bzw. in den Stimmbruch kamen?  Jahre

Für Frauen: Haben Sie Ihre Periode

regelmäßig <sup>1</sup> unregelmäßig <sup>4</sup>  
regelmäßig, aber schmerzhaft <sup>2</sup> gar nicht <sup>5</sup>  
regelmäßig, aber mit Pille <sup>3</sup> gar nicht, da jenseits der Wechseljahre <sup>6</sup>  
gar nicht, wegen gynäkologischer Operation <sup>7</sup>  
gar nicht, wegen Schwangerschaft <sup>8</sup>

35. Haben Sie körperliche und/oder sexuelle Übergriffe erlebt ? <sup>0</sup> Nein <sup>1</sup> Ja

36. Welche der folgenden psychischen (seelischen) Probleme liegen bei Ihnen vor?

Keine	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Nein
Depressionen	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Nein
Ängste	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Nein
Zwänge	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Nein
Minderwertigkeitsgefühle	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Nein
Selbstmordgedanken	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Nein
Andere, welche?	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Nein

37. Haben Sie schon mal einen Selbstmordversuch unternommen?

Wenn ja, wie viele?  mal  
Wieviele davon in den letzten 2 Jahren?  mal  
<sup>0</sup> Nein, niemals.

38. Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt?

Wenn ja, wie oft ca?  mal  
Wie oft davon in den letzten 2 Jahren?  mal  
In welchem Jahr haben Sie begonnen?   
In welchem Jahr haben Sie ggf. aufgehört?   
<sup>0</sup> Nein, niemals

38.1 Beschreiben Sie uns bitte einige typische Situationen, bei denen es zu Selbstverletzungen kam (wie, warum, womit und an welchen Körperteilen).

**39. Waren Sie schon einmal wegen einer psychischen oder psychosomatischen Krankheit in stationärer psychiatrischer / psychotherapeutischer Behandlung, ambulanter Behandlung oder bei einer Selbsthilfegruppe (SHG)?**

<sup>0</sup> Nein      <sup>1</sup> Ja

Krankheit: .....		
Name der Einrichtung .....		
Strasse: .....	von: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
.....	bis: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
PLZ Ort: .....	Art: <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stationär <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Amb. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> SHG	
Krankheit: .....		
Name der Einrichtung .....		
Strasse: .....	von: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
.....	bis: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
PLZ Ort: .....	Art: <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stationär <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Amb. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> SHG	
Krankheit: .....		
Name der Einrichtung .....		
Strasse: .....	von: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
.....	bis: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
PLZ Ort: .....	Art: <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stationär <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Amb. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> SHG	
Krankheit: .....		
Name der Einrichtung .....		
Strasse: .....	von: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
.....	bis: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
PLZ Ort: .....	Art: <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stationär <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Amb. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> SHG	
Krankheit: .....		
Name der Einrichtung .....		
Strasse: .....	von: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
.....	bis: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
PLZ Ort: .....	Art: <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Stationär <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Amb. <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> SHG	

40. Haben Sie derzeit körperliche Beschwerden oder Erkrankungen? <sup>0</sup>  Nein  
 Wenn ja, welche <sup>1</sup>  Ja

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_

**41. Krankenhausaufenthalt wegen körperlicher Beschwerden oder Erkrankungen.**

Krankheit	Name der Einrichtung (Adresse)	In welchem Jahr Behandlungswochen
		<input type="text"/> <input type="text"/> Wochen
		<input type="text"/> <input type="text"/> Wochen
		<input type="text"/> <input type="text"/> Wochen
		<input type="text"/> <input type="text"/> Wochen
		<input type="text"/> <input type="text"/> Wochen
		<input type="text"/> <input type="text"/> Wochen

**42. Welche Medikamente (inkl. Abführmittel aller Art, Appetitzügler, Antibabypille, Hormon- und Vitaminpräparate) nehmen Sie z.Z. (in welcher Dosierung)?**

Name des Medikaments	Dosierung
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____

**43. Welche der folgenden Genußmittel oder Stoffe nehmen Sie zu sich?**

Kaugummi	<input type="text"/>	Stück pro Tag
Kaffee	<input type="text"/>	Tassen pro Tag
Schwarzer Tee	<input type="text"/>	Tassen pro Tag
Alkohol:		
Bier	<input type="text"/> . <input type="text"/>	Liter pro Woche
Wein/Sekt	<input type="text"/> . <input type="text"/>	Liter pro Woche
Spirituosen	<input type="text"/> . <input type="text"/>	Liter pro Woche
Sonstiges	<input type="text"/> . <input type="text"/>	Liter pro Woche
Was?		
<hr/>		
Zigaretten	<input type="text"/>	Stück pro Tag
Haschisch bzw. Marihuana	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Nein	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja
andere Drogen	<sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Nein	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ja

**44. Wenn Sie drei Wünsche frei hätten, was würden Sie sich wünschen?**

**Vielen Dank für die Zeit, die Sie sich für unseren Fragebogen genommen haben!  
Ihr Team der Klinik am Korso**