

EDQOL

Eating Disorders Quality of Life

Chiffre/Name: _____

Alter: _____

Untersuchungsdatum: _____

Anleitung: Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie sie Sie am besten beschreiben. Kreuzen Sie die entsprechende Rubrik an. Seien Sie bitte so offen wie möglich. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wenn eine Frage nicht auf Sie zutrifft, dann lassen Sie diese bitte unbeantwortet.

Bezogen auf die letzten 30 Tage...

Wie oft hat Ihr Essverhalten oder Ihr Gewicht dazu geführt,...

- | | nie | seien | manchmal | oft | immer |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. dass Sie sich schämten oder sich „anders“ fühlten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 2. dass Sie sich selbst nicht mochten? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 3. dass Sie nicht mit anderen Menschen zusammen sein wollten? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 4. dass Sie die Hoffnung auf eine Besserung aufgaben? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 5. dass Sie sich einsam fühlten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 6. dass Sie weniger Interesse oder Freude an Aktivitäten hatten?.... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 7. dass Sie sich selbst nicht wichtig nahmen/ nicht ausreichend um sich kümmerten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 8. dass Sie sich merkwürdig, sonderbar oder ungewöhnlich fühlten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 9. dass Sie es vermieden, zu essen, wenn andere Sie dabei sehen konnten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |

Wie oft hat Ihr Essverhalten oder Ihr Gewicht dazu geführt,...

- | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 10. dass Sie kalte Hände oder kalte Füße hatten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 11. dass Sie häufiger Kopfschmerzen bekamen?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 12. dass Sie sich körperlich schwach fühlten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 13. dass Ihre Aufmerksamkeit beeinträchtigt war?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 14. dass es Ihnen schwer fiel, etwas Gehörtes oder Geschriebenes zu verstehen?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 15. dass Sie sich nicht so gut wie sonst konzentrieren konnten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |

Wie oft hat Ihr Essverhalten oder Ihr Gewicht dazu geführt,...

- | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 16. dass Sie Schwierigkeiten wegen der Kosten einer stationären oder ambulanten Behandlung hatten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 17. dass Sie Schwierigkeiten hatten, monatliche Rechnungen zu bezahlen?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 18. dass Sie größere finanzielle Schulden gemacht haben?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 19. dass Sie gespartes Geld ausgaben oder Ihr Konto überzogen?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 20. dass Sie sich Geld leihen mussten?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |

Wie oft hat Ihr Essverhalten oder Ihr Gewicht dazu geführt,...

- | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 21. dass Sie nicht arbeitsfähig waren?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 22. dass Sie schlechtere Noten als sonst schrieben oder bei der Arbeit weniger schafften als sonst?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 23. dass Sie von der Schule oder Arbeit früher nach Hause gegangen sind?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 24. dass Sie eine Schule verlassen mussten oder eine Arbeitsstelle verloren haben?..... | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| 25. dass Sie in einem Schulfach sehr schlecht waren oder eine Klasse wiederholen mussten? | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |