

Anamnesebogen für Patienten

Dieses Arbeitsblatt enthält eine Sammlung wichtiger Fragen aus verschiedenen Bereichen, die nach Bedarf verändert und ergänzt werden kann.

1. Medizinische Anamnese

Familienanamnese

- Gab es körperliche und/oder psychische Erkrankungen in der Familie?

Eigenanamnese

- Hatten Sie schwere körperliche/psychische Erkrankungen während Ihrer Kindheit/Jugend? Wie war Ihr Gesundheitszustand allgemein?
- Sind Ihnen frühere Befunde bekannt?
- Welche körperlichen/psychischen Beschwerden haben Sie aktuell (evtl. aufgrund der Essstörung)? (Differenzialdiagnostischer Ausschluss anderer somatischer und psychiatrischer Erkrankungen, die für die Essstörungssymptomatik verantwortlich sein könnten)
- Beschreiben Sie stichpunktartig die Entwicklung Ihrer Beschwerden vom ersten Auftreten bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Monat/Jahr; Abfolge der Symptome; Wichtige Lebensumstände in dieser Zeit).
- Welche Diagnose würden Sie sich selbst geben?

Gynäkologische Anamnese

- Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Regelblutung bekamen?
- Haben Sie Ihre Periode derzeit noch?
- Wenn nein, bei welchem Gewicht ist sie ausgeblieben? Wann war das?
- Wenn ja, wie verläuft Ihr Menstruationszyklus?
- Nehmen Sie die Pille? Wenn ja, seit wann und warum?
- Nehmen Sie andere Hormonpräparate? Welche? Seit wann?
- Besteht oder bestand eine Schwangerschaft? Gab es einen Schwangerschaftsabbruch?

Vegetative Anamnese

- Wie ist Ihr Appetit?
- Können Sie Hunger und Sättigung empfinden?
- Bestehen Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen)? Wie lange ist die durchschnittliche Schlafdauer?
- Leiden Sie unter einer erhöhten Schweißneigung?
- Bestehen Unregelmäßigkeiten beim Stuhlgang (Obstipation, Diarrhoe) oder beim Wasserlassen (häufiges Wasserlassen, Bettnässen)?
- Empfinden Sie Beeinträchtigungen in Ihrem Bedürfnis nach Sexualität?

Medikamenten-, Genuss- und Suchtmittelanamnese

- Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche, in welcher Dosierung, seit wann, von wem verordnet? Besteht ein Missbrauch von z. B. Beruhigungs-, Abführ-, Schmerzmitteln oder Wasser ausscheidenden Medikamenten, Appetitzüglern oder Schilddrüsenhormonen?
- Nehmen Sie Drogen? (Welcher Art, wie viel, wie oft?) Hatten Sie wegen eines vermehrten Drogenkonsums Beeinträchtigungen in Ihrem Alltagsleben (Ausbildung, Beruf, soziale Kontakte)? Hatten Sie jemals Entzugssymptome?
- Konsumieren Sie Alkohol? (Welcher Art, wie viel, wie oft?) Haben Sie jemals wegen vermehrten Alkoholkonsums Beeinträchtigungen in Ihrem Alltagsleben (Ausbildung, Beruf, soziale Kontakte) erlebt? Hatten Sie jemals Entzugssymptome, wie z. B. morgendliches Zittern, erhöhte Reizbarkeit, wenn Sie aufgehört haben zu trinken?
- Rauchen Sie? (Seit wann? Wie viel?)
- Wie hoch ist Ihr Kaffeeenuss pro Tag?
- Besteht ein Missbrauch von Medikamenten, Drogen, Alkohol, Nikotin oder Koffein?

Allergien/Unverträglichkeiten

- Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten, insbesondere auch in Bezug auf Nahrungsmittel?

Gesundheitsfürsorge

- Wie viele Tage waren Sie schätzungsweise in den letzten zwölf Monaten krank?
- Wie häufig waren Sie in den letzten zwei Jahren bei Haus- und/oder Fachärzten?
- Wann war Ihr letzter Besuch beim Internisten? Frauenarzt? Zahnarzt?

2. Psychiatrische Anamnese

- Leiden Sie unter Einschränkungen Ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit (z. B. Schule Studium, Beruf)? Wenn ja, seit wann?
- Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen? Wenn ja, seit wann?

Depressionen

- Beschreiben Sie bitte Ihre aktuelle Stimmung. Bestehen Stimmungsschwankungen, erhöhte Reizbarkeit oder Niedergeschlagenheit bis hin zu Hoffnungslosigkeit, eine Minderung des Antriebs und der Lebensfreude, ein deutlicher sozialer Rückzug, eine Verminderung des Selbstwertgefühls, eine vermehrte Grübelneigung? Wenn ja, seit wann?
- Kennen Sie wiederholte depressive Episoden auch aus früheren Zeiten?
- Gab es darüber hinaus Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie einen extremen Wechsel einer längeren Phase von Depression zu einer euphorischen Stimmungslage bis hin zur Entwicklung von »Allmachtsgefühlen« erlebt haben oder umgekehrt? Wann? Wie lange dauerten die einzelnen Phasen? Wie häufig sind sie bisher aufgetreten?

Zwänge

- Müssen Sie immer wieder Tätigkeiten mehrfach nachkontrollieren, die Sie bereits verrichtet haben, wie Licht- oder Herdschalter ausstellen, Fenster und Türen schließen, Geschriebenes auf Fehler überprüfen?
- Verwenden Sie viel Zeit für Ihre körperliche Reinigung, obwohl Sie wissen, dass Sie eigentlich sauber sind? Haben Sie Angst, sich mit Krankheitskeimen zu infizieren und müssen sich deswegen wiederholt waschen, z. B. nach dem Anfassen von Türklinken oder nach dem Händeschütteln?
- Bestehen zwanghafte Rituale in Verbindung mit Ihrer Essstörung, wie feste Tageszeiten, an denen Sie ausgewählte Nahrungsmittel essen dürfen, jedoch nur in einer bestimmten Reihenfolge, die zwingend eingehalten werden muss?
- Treten unerwünschte Gedanken auf, die Sie nicht loswerden können (z. B. Gedanken, Sie könnten jemanden, der Ihnen nahe steht, etwas antun)?
- Beschäftigen Sie sich gedanklich viel mit Ihrem Gewicht, Ihrer Figur, Ihrem Essen (wann Sie was und wie viel essen), Kalorienzählen?
- Wenn ja, führt der entsprechende Zwang zu Einschränkungen im Alltag (z. B. berufliche Anforderungen nicht im zeitlich angemessenen Rahmen erfüllen können, zu spät kommen, Verabredungen absagen)? Löst die Verhinderung des Ausübens einer/s Zwangshandlung/Zwangsgedanken hohe Anspannung und/oder Ängste aus?
- Seit wann besteht der entsprechende Zwang? Kennen Sie zwanghafte Rituale auch aus früheren Zeiten?

Ängste

- Leiden Sie unter grundlosen Ängsten, die mit einer erhöhten inneren Anspannung einhergehen?
- Gibt es bestimmte Situationen, die Ängste, bis hin zu Panikattacken auslösen (z. B. Hunde, Spinnen, Dunkelheit, Höhe, alleine sein). Versuchen Sie, diese Situationen zu vermeiden?
- Haben Sie jemals eine »Panikattacke« erlebt im Sinne von Schwindel, Herzrasen, vermehrtem Schwitzen, Atemnot bis hin zur Angst ohnmächtig zu werden, einen Herzinfarkt zu erleiden, zu sterben?
- Leiden Sie unter »Platzangst« (z. B. Panikgefühle bei Menschenmengen, in Zügen, Kaufhäusern, Aufzügen)? Wenn ja, seit wann?
- Kennen Sie Ängste/Panikattacken aus früheren Zeiten? Versuchen Sie Angst auslösende Situationen zu meiden?

Psychosen

- Leiden Sie unter Wahnvorstellungen oder gab es Zeiten, zu denen Sie unter Wahnvorstellungen litten (z. B. Verfolgungs-, Liebes-, Größen-, Verarmungs- oder Vergiftungswahn und daher Vermeiden von Essen)? Haben Sie jemals Halluzinationen erlebt im Sinne von optischen, akustischen wie »Stimmenhören«, Geruchs- oder Geschmackshalluzinationen?

- Gibt es oder gab es Phasen in Ihrem Leben, in welchen Sie den extremen Wechsel einer Phase von schwerer Depression bis hin zu Suizidgedanken zu einer euphorischen Stimmungslage mit deutlich vermehrtem Antrieb und vermindertem Schlafbedürfnis bis hin zur Entwicklung von »Allmachtsgefühlen« und »Größenwahn« erlebt haben oder umgekehrt?
- Wann? Wie lange dauerten die einzelnen Phasen? Wie häufig sind sie bisher aufgetreten?

Sozialverhalten

- Haben Sie regelmäßige soziale Kontakte außerhalb von Familie und Partnerschaft? Wenn ja, wie viele?
- Haben Sie eine feste Partnerschaft/feste Partnerschaften gehabt?
- Neigen Sie dazu, sich von anderen Menschen sehr zurückzuziehen, oder diese gar zu meiden?
- Sind Sie misstrauisch gegenüber anderen Menschen, im Sinne von »niemand meint es wirklich gut mit mir«?
- Haben Sie Schwierigkeiten, sich auf eine enge Beziehung einzulassen?

Selbstverletzendes Verhalten

- Haben Sie sich schon einmal absichtlich selbst verletzt? Welcher Art, wie häufig, wann?
- Verletzen Sie sich derzeit selbst?

Suizidalität

- Dachten Sie schon einmal an Suizid? Wann, wie oft, schildern Sie bitte die näheren Umstände.
- Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen? Wann, wie oft? Schildern Sie bitte die näheren Umstände.
- Haben Sie derzeit Suizidgedanken oder -absichten?

3. Traumatische Erfahrungen

- Haben Sie traumatische Ereignisse erlebt (körperliche Gewaltanwendung, sexuelle Gewaltanwendung, sexueller Missbrauch, emotionaler Missbrauch, Unfall, Naturkatastrophe)?
- Können Sie sich an andere beängstigende oder qualvolle Erlebnisse erinnern?
- Hat eine Ihnen nahe stehende Person ein traumatisches Ereignis erlebt? (Wer, wann, welcher Art?)

4. Anamnese des Essverhaltens und der Essstörung

Geschichte der Essstörung

- Wie waren Ihr Essverhalten und Gewicht in der Kindheit?
- Wie waren Ihr Essverhalten und Gewicht vor Beginn der Essstörung?
- Seit wann haben Sie Probleme mit dem Essen bzw. mit Ihrer Figur und Ihrem Gewicht?
- Haben Sie jemals eine Diät gemacht/gehungert, um Gewicht zu verlieren? Wann, unter welchen Umständen, mit welchem Erfolg?
- Seit wann leiden Sie an einer Essstörung?
- Wann wurde offiziell erstmals die Diagnose einer Essstörung gestellt?
- Wann traten das erste Mal Heißhungeranfälle auf?
- Wann haben Sie das erste Mal erbrochen bzw. Laxantien/Diuretika/Medikamente oder körperliche Betätigung zur Gewichtskontrolle eingesetzt?
- Beschreiben Sie bitte die Auswirkungen dieser Probleme auf die nachfolgend aufgeführten Bereiche: schulischer bzw. beruflicher Bereich; Familie; Freizeit; Partnerschaft und Freundeskreis; andere Bereiche.
- Welche Ihrer Verhaltensweisen stören Sie am meisten, wie häufig treten diese auf und welche Konsequenzen ziehen diese nach sich?

Subjektives Erklärungsmodell

- Gibt es ein bestimmtes (oder mehrere) Ereignis(se), das/die Sie mit dem Beginn Ihrer Probleme mit dem Essen in Zusammenhang bringen?
- Wie erklären Sie sich Ihre Essstörung?
- Glauben Sie, dass Ihre Essstörung primär biologische (körperliche) Ursachen oder psychische Ursachen oder biologische und psychische Ursachen hat?
- Was könnte Ihrer Meinung nach dazu beitragen, die Essstörung aufrechtzuerhalten?

- Welche Probleme/Konflikte/Schwierigkeiten in anderen Bereichen Ihres Lebens sind Ihrer Meinung nach mitverantwortlich für Ihre Probleme mit dem Essen?

Größe/Gewicht

- Wie groß sind Sie aktuell?
- Wie viel wiegen Sie im Augenblick?
- Wie viel haben Sie vor Beginn der Essstörung gewogen, bei welcher Körpergröße?
- Wie war der bisherige Gewichtsverlauf (Minimal- und Maximalgewicht bei der jeweiligen Körpergröße und wann)?
- Wie viel würden Sie gerne wiegen (»Traumgewicht«)? Falls Sie dieses schon mal hatten: wann?
- Mit welchem maximalen Gewicht könnten Sie sich im Moment arrangieren?

Körperbild und Kognitionen

- Fühlen Sie sich jetzt zu dick, zu dünn oder gerade richtig?
- Sagen andere Menschen, dass Sie zu dick oder zu dünn sind?
- Haben Sie Angst Gewicht zuzunehmen?
- Wie wichtig ist es Ihnen, Ihr genaues Gewicht zu kennen?
- Wie häufig wiegen Sie sich zur Zeit?
- Wie viel Prozent Ihres Tages denken Sie an Essen?

Sport/Bewegung

- Wie viele Stunden am Tag/pro Woche bewegen Sie sich?
- Welcher Art ist die Bewegung?
- Sind Sie seit Beginn der Essstörung aktiver oder passiver geworden?

Ess-/Ernährungsverhalten

- Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie zur Zeit zu sich? Gibt es feste Zeiten für diese Mahlzeiten?
- Essen Sie lieber alleine oder in Gesellschaft?
- Wie ist Ihr Esstempo?
- Was und wie viel trinken Sie?
- Verbieten Sie sich bestimmte Nahrungsmittel?
- Was sind Ihre bevorzugten Nahrungsmittel und Speisen?
- Essen Sie nach Plan, das heißt legen Sie vorher fest, was Sie den Tag über essen werden?
- Verspüren Sie Hunger?
- Verspüren Sie Sättigung?
- Können Sie eine normale Portionsgröße einschätzen?
- Zählen Sie Kalorien oder führen Sie auf sonstige Weise Buch über das, was Sie zu sich nehmen?
- Fasten Sie manchmal? Wenn ja, wie lange und wie oft?
- Halten Sie Diät? Welcher Art?
- Nehmen Sie Abführmittel, Entwässerungsmittel, Appetitzügler oder andere Medikamente, um Gewicht abzunehmen? Wenn ja, wie häufig, wie viel (genaue Dosis) und wann (früher/jetzt)?
- Benutzen Sie Sport als Mittel zur Gewichtsabnahme? Welchen Sport und in welchem zeitlichen Umfang (Stunden/Woche) und wann (früher/jetzt)?

Essanfälle und Erbrechen

- Haben Sie manchmal Angst, mit dem Essen nicht mehr aufhören zu können?
- Haben Sie Essanfälle? Wenn ja, wie oft? Wie lange dauern diese? Was essen Sie bei Essanfällen? Wie erleben Sie die Essanfälle (Kontrollverlust)?
- Beschreiben Sie bitte einen typischen Essanfall
- Wann waren Ihre Essanfälle am häufigsten? Wichtiges Ereignis zu dieser Zeit?
- Wo und wann treten Heißhungeranfälle und/oder Erbrechen vorwiegend auf? Gibt es Personen, die häufig beteiligt sind?
- Wie ist Ihre Stimmung direkt vor einem Essanfall (Gefühle, innere Auslöser)?
- Wie ist Ihre Stimmung direkt nach einem Essanfall?
- Wie häufig erbrechen Sie im Rahmen eines Essanfalls?
- Wie schnell im Anschluss an einen Essanfall tritt das Erbrechen auf?
- Tritt das Erbrechen eher nach dem Verzehr ganzer Mahlzeiten auf, oder auch wenn Sie nur geringe Mengen (z. B. ein Bonbon, ein Keks, einen Apfel) gegessen haben?

- Wie erfolgt das Erbrechen (Finger, Reflex, Gegenstände)?
- Wie ist es Ihnen gelungen, in Zeiten, in denen Sie keine Essanfälle hatten (z. B. im Urlaub), diese zu verhindern?
- Welche Möglichkeiten haben Sie zur Zeit zur Verfügung, das Auftreten von Essanfällen zu verhindern?
- Welche Strategien zur Verhinderung von Essanfällen haben sich in der Vergangenheit als hilfreich erwiesen?

5. Sexualanamnese

- In welchem Alter kam es bei Ihnen zu ersten Anzeichen der Pubertät?
- Für Mädchen/Frauen: Alter bei der ersten Periode? Einstellung zur Periode? Regelmäßigkeit? Beschwerden?
- Beschreiben Sie bitte die Einstellung Ihrer Eltern zur Sexualität (wie wurde z. B. mit Nacktsein umgegangen?)
- Wurden Sie zuhause aufgeklärt, und gab es Diskussionen über dieses Thema?
- Wann und in welcher Weise wurden Sie sich zum ersten Mal eigener sexueller Empfindungen bewusst?
- In welchem Alter begannen Sie mit Selbstbefriedigung? Mit welcher Häufigkeit?
- Haben bzw. hatten Sie jemals Ängste oder Schuldgefühle in Zusammenhang mit Sexualität oder Selbstbefriedigung?
- Wann und wie bezogen Sie erste Kenntnisse über Sexualität?
- Beschreiben Sie bitte wichtige Einzelheiten Ihrer ersten sexuellen Erfahrungen (Partner, Umstände, eigenes Erleben).
- Haben Sie sexuelle Empfindungen für gleichgeschlechtliche Partner, für gegengeschlechtliche oder für beide?
- Gab es irgendwelche traumatischen, beängstigenden Erlebnisse, die für Ihr weiteres Sexualleben bestimmend wurden?
- Ist Ihr derzeitiges Sexualleben für Sie befriedigend?
- Fühlen Sie sich auf irgendeine Weise sexuell gehemmt?
- Wie häufig haben Sie zur Zeit Geschlechtsverkehr?

6. Überweisungskontext und Motivation

Überweisungskontext und Vorbehandlungen

- Mit wem haben Sie bisher über Ihr Problem gesprochen, und wen haben Sie um Rat gefragt?
- Wissen Ihre Eltern/weiß Ihr Partner von Ihrer Essstörung? Seit wann? Wodurch?
- Welche Maßnahmen haben Sie gegen Ihre Essstörungssymptome bereits ergriffen?
- Wie beurteilen Sie diese Maßnahmen? Was war positiv, wo gab es Schwierigkeiten?
- Warum haben Sie sich jetzt in Behandlung begeben?
- Warum sind Sie gerade zu uns gekommen?
- Hat jemand den entscheidenden Anstoß gegeben für den Schritt zum Beginn einer Psychotherapie? Falls ja, wer?

Motivation

- Für wie schwerwiegend halten Sie Ihr Problem?
- Wie stark ist Ihr Wunsch nach einer Behandlung Ihres Problems?
- Auf einer Skala von 0 bis 10, auf der 0 für »ich möchte gerade nichts gegen meine Essstörung unternehmen« steht und 10 für »ich werde alles dafür tun, um aus der Essstörung herauszukommen«, wo stehen Sie zum jetzigen Zeitpunkt?

Erwartungen an die Therapie

- Welche persönlichen Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach der ideale Therapeut aufweisen?
- Wie würden Sie die ideale Beziehung zu Ihrem Therapeuten beschreiben?
- Was verstehen Sie unter Therapie? Was sollte diese Ihrer Meinung nach leisten?
- Wie lange könnte Ihrer Meinung nach eine Therapie dauern?
- Was möchten Sie im Rahmen der Therapie in Bezug auf Essverhalten und Gewicht erreichen?

- An welchen anderen Problemen möchten Sie im Rahmen der Therapie arbeiten?
- Was könnte Ihnen helfen, die Essstörung zu bewältigen?
- Wer könnte Ihnen helfen, die Essstörung zu bewältigen?
- Was müsste sich bei Ihnen selbst, in Ihrer Umgebung und in Ihrem Leben ändern, damit Sie die Probleme mit dem Essen in den Griff bekommen?

7. Familienanamnese

- Bei wem sind Sie überwiegend aufgewachsen?
- Leben Ihre Eltern zusammen?
- Wenn Sie sich getrennt/geschieden haben, wann war das, und wo lebten Sie davor bzw. danach?

Vater

- Name Ihres Vaters
- Geburtsdatum
- Beruf
- Falls verstorben, wann und woran?
- Gesundheitszustand (körperliche und/oder psychische Probleme)
- Verhalten und Einstellung gegenüber Essen/Figur/Gewicht
- Wie würden Sie Ihren Vater beschreiben (3–5 Eigenschaften)?
- Wie war die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit?
- Wie ist die Beziehung zu Ihrem Vater heute?
- Was bedeutet Ihr Vater für Sie?

Mutter

- Name Ihrer Mutter
- Geburtsdatum
- Beruf
- Falls verstorben, wann und woran?
- Gesundheitszustand (körperliche und/oder psychische Probleme)
- Verhalten und Einstellung gegenüber Essen/Figur/Gewicht
- Wie würden Sie Ihre Mutter beschreiben (3–5 Eigenschaften)?
- Wie war die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit?
- Wie ist die Beziehung zu Ihrer Mutter heute?
- Was bedeutet Ihre Mutter für Sie?

Geschwister

Falls Sie mehrere Geschwister haben, beantworten Sie die gestellten Fragen bitte für jedes Geschwister getrennt.

- Name
- Geburtsdatum
- Beruf
- Familienstand
- Falls verstorben, wann und woran?
- Gesundheitszustand (körperliche und/oder psychische Probleme)
- Verhalten und Einstellung gegenüber Essen/Figur/Gewicht
- Wie würden Sie Ihr Geschwister beschreiben?
- Wie war Ihre Beziehung zu diesem Geschwister in der Kindheit?
- Wie ist Sie heute?
- Was bedeutet dieses Geschwister für Sie?
- Wie war und ist die Beziehung dieses Geschwisters zu Ihren Eltern?

**Sonstige wichtige Bezugsperson(en) in der Vergangenheit und/oder Gegenwart
(z. B. Stiefelternteil, Großeltern, Pflegeeltern, andere Verwandte oder Freunde)**

Falls es sich um mehrere Personen handelt, beantworten Sie die gestellten Fragen bitte für jede Person getrennt.

- Name
- Geburtsdatum
- Beruf
- Falls verstorben, wann und woran?
- Gesundheitszustand (körperliche und/oder psychische Probleme)
- Verhalten und Einstellung gegenüber Essen/Figur/Gewicht
- Wie würden Sie die Person beschreiben?
- Wie war Ihre Beziehung zu dieser Person in der Kindheit?
- Wie ist sie heute?
- Was bedeutet diese Person für Sie?

Elternhaus

- Wie war die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus in Ihrer Kindheit?
- Wie ist sie heute?
- Wie würden Sie Ihre Kindheit beschreiben?
- Wie würden Sie die Beziehung Ihrer Eltern untereinander beschreiben (früher und heute)?
- Welche Rolle spielen Sie in der Familie? Wie war das in Ihrer Kindheit?
- Wie würden Sie das soziale Milieu beschreiben, in dem Sie aufgewachsen sind?
- Spielten Ideologien, Religion, Werte eine wesentliche Rolle?
- Leidet jemand in Ihrer Familie oder Verwandtschaft an einer körperlichen Erkrankung (Diabetes, Herz-Kreislauf, Krebs, andere chronische Erkrankungen)?
- Leidet jemand in Ihrer Familie oder Verwandtschaft an einer psychischen Erkrankung (Abhängigkeitserkrankung, z. B. Alkohol, Medikamente, Drogen, Angst, Depression, Zwang, Essstörung, Persönlichkeitsstörung, Psychose)?
- Ist in Ihrer Familie oder Verwandtschaft ein Suizid oder Suizidversuch bekannt?
- Was hat sich in Ihrer Familie durch Ihre Essstörung verändert?
- Wie hat Ihre Familie auf die Essstörung reagiert?
- Wer unterstützt Sie in der Familie? Wo sehen Sie die Ressourcen Ihrer Familie?

8. Sozialanamnese

Jetzige eigene Familiensituation

- Familienstand (ledig, getrennt, lebend, verlobt, verheiratet, verwitwet, geschieden, wiederverheiratet, unverheiratet mit einem Partner zusammenlebend, in einer festen Beziehung)
- Falls in einer Ehe/Partnerschaft: Alter des Partners? Beruf? Gesundheitszustand? Wie lange sind Sie befreundet bzw. verheiratet? Ist er in Ihrer Familie akzeptiert? Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partners? Wo sind die Stärken Ihrer Beziehung, wo die Probleme?
- Wann hatten Sie Ihre erste Partnerschaft?
- Wie lange dauerte Ihre längste Partnerschaft?
- Haben Sie Kinder (Name, Alter, anderes Elternteil des Kindes, Stärken und Probleme der Beziehung, Eigenschaften des Kindes, Gesundheitszustand)?
- Hatten Sie Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Wohnsituation

- Wie war Ihre Wohnsituation vor Beginn der Therapie (Wo wohnten Sie, mit wem)?

Eigenständige Lebensführung

- Wie gut gelingt es Ihnen, Ihren Tagesablauf zu strukturieren (rechtzeitig aufstehen und zu Bett gehen, Termine einhalten, Zeiten für bestimmte Tätigkeiten einplanen, z. B. Lernen/Essen)?
- In wiefern haben Sie folgende Dinge bisher selbständig erledigt: Angelegenheiten mit Ämtern und Behörden? Haushaltsführung (z. B. einkaufen, kochen, putzen, waschen)? Finanzielle Angelegenheiten (z. B. Geld selbst einteilen)?

Finanzielle Situation

- Wer kommt für Ihren Lebensunterhalt auf? In welcher Höhe?
- Beziehen Sie Hilfen wie Rente, Arbeitslosenhilfe o.ä.? In welcher Höhe?
- Haben Sie Schulden oder sonstige Verpflichtungen?
- Wie viel Geld brauchen Sie pro Monat zum Leben?
- Wie gut kommen Sie mit Ihrem Geld klar?

Schulischer und beruflicher Werdegang

- Grundschule (wo, wann)?
- Weiterführende Schule (welcher Art, wo, wann, mit welchem Abschluss)?
- Lehre (welcher Art, wo, wann, mit welchem Abschluss)?
- Fachhochschul- oder Hochschulstudium (welcher Art, wo, wann, mit welchem Abschluss)?
- Sonstige Ausbildung (welcher Art, wo, wann, mit welchem Abschluss)?
- Ausgeübte Tätigkeiten in zeitlicher Reihenfolge
- Jetzige Beschäftigung (welcher Art, wo, seit wann)?
- Sind Sie arbeitslos oder krank gemeldet?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen Schul-, Ausbildungs-, Studien- oder Berufssituation? Was würden Sie gerne beibehalten, was würden Sie gerne ändern?
- Wo haben Sie Schwierigkeiten im schulischen/beruflichen Bereich?
- Wo sehen Sie Ihre Stärken im schulischen/beruflichen Bereich?
- Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Schulkameraden/Studien-/Arbeitskollegen?
- Was hat sich im schulischen/beruflichen Bereich durch die Essstörung verändert?

Freundeskreis und Freizeitverhalten

- Wer sind derzeit die wichtigsten Personen in Ihrem Leben?
- Wie sah Ihr Freundeskreis als Kind und im Jugendalter aus?
- Wie sah Ihr Freundeskreis vor Beginn der Essstörung aus?
- Wie sieht Ihr Freundeskreis heute aus?
- Wie leicht oder schwer fällt es Ihnen heute, andere Menschen kennen zu lernen?
- Gelingt es Ihnen, Beziehungen über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten?
- Können Sie Ihre Wünsche und Bedürfnisse anderen Menschen gegenüber äußern und durchsetzen?
- Mit wem besprechen Sie persönliche Dinge?
- Gibt es Gefühle, die Sie als Kind und/oder heute unterdrücken oder verschweigen müssen/mussten? Falls ja, welche?
- Was möchten Sie in der Beziehung zu anderen Menschen gerne verändern? Was soll so bleiben?
- Wo liegen Ihre Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen?
- Wo sehen Sie Ihre Stärken im Umgang mit anderen Menschen?
- Was unternehmen Sie gerne in Ihrer Freizeit?
- Wie sah Ihre Freizeitgestaltung vor Beginn der Essstörung aus?
- Was gefällt Ihnen in Bezug auf Ihre Freizeitgestaltung, was möchten Sie gerne verändern?