

Bitte senden Sie diese Anmeldung per Post oder E-Mail [info@praxis-silkemueller.de](mailto:info@praxis-silkemueller.de).

Silke Müller-Jatzwauk  
Heilpraktikerin für Psychotherapie  
Brenner-Schäffer-Str. 12  
92637 Weiden

**Fragebogen:**

**Was ist der Grund, weshalb Sie abnehmen möchten?**

- Gesundheit                       Bessere Beweglichkeit/Kondition                       Wertschätzung/Anerkennung  
 Aussehen/Attraktivität                       Anderes: \_\_\_\_\_

**Bei welchem Gewicht würden Sie sich rundum wohlfühlen?**

Zur Zeit wiege ich ca. \_\_\_\_\_ kg                      Mein Wunsch-/Wohlfühlgewicht ist \_\_\_\_\_ kg

**In welchem Jahr hatten Sie bereits Ihr Wohlfühlgewicht?**

**Was für eine Veränderung gab es, als Sie an Gewicht zugenommen haben?**

- Beruflicher Stress                       Arbeitslosigkeit                       Schwangerschaft/Kindererziehung  
 Trauer/Verlust                       Sonstiger emotionaler Stress                       Anderes: \_\_\_\_\_

**Welche Gefühle waren mit dieser Veränderung verbunden?**

- Große Verantwortung                       Einsamkeit                       Frust                       Trauer  
 Verlustangst                       Existenzangst                       Anderes: \_\_\_\_\_

**Nehmen diese Gefühle immer noch einen gewissen Raum ein in Ihrem Alltag?**

- Nein                       Ja

**Gibt es momentan problematische Beziehungen und Stress in Ihrem Leben?**

- Nein                       Ja

**Leiden Sie an einer Erkrankung, die sich auf das Gewicht auswirken kann?**

- Nein                       Ja, an \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente, bei welchen eine Gewichtszunahme möglich ist?**

- Nein                       Ja, diese \_\_\_\_\_

**Sind Menschen in Ihrer Familie übergewichtig?**

- Nein                       Ja, mein(e) \_\_\_\_\_

### Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben?

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ausgewogen    | <input type="checkbox"/> Bewusst gesund               | <input type="checkbox"/> Frisch zubereitete Speisen | <input type="checkbox"/> Fastfood          |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßig    | <input type="checkbox"/> Unregelmäßig                 | <input type="checkbox"/> Spät abends                | <input type="checkbox"/> Oft im Restaurant |
| <input type="checkbox"/> Kantinenessen | <input type="checkbox"/> Viel Obst und Gemüse         | <input type="checkbox"/> Viel Fleisch und Beilage   |  |
| <input type="checkbox"/> Hastig        | <input type="checkbox"/> Ich nehme mir Zeit zum essen |   |  |

Andere: \_\_\_\_\_

### Ihr Essverhalten in Bezug auf Süßigkeiten? Ich esse

- viele Süßigkeiten     wenig Süßigkeiten     keine Süßigkeiten

### Essen Sie, auch wenn Sie nicht hungrig sind?

- Nein     Ja, bei
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stress         | <input type="checkbox"/> Frust          | <input type="checkbox"/> zur Ablenkung   |
| <input type="checkbox"/> Langeweile     | <input type="checkbox"/> Einsamkeit     | <input type="checkbox"/> in Gesellschaft |
| <input type="checkbox"/> beim Fernsehen | <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |  |

### Was trinken Sie vorwiegend?

- Wasser     Limonade/Cola     Obstsäfte     Tee
- Bier     Anderes: \_\_\_\_\_

### Treiben Sie Sport?

- Nein     Ja, Sportart: \_\_\_\_\_
- wie oft?     1 x pro Woche     mehrmals pro Woche
- Dauer?     \_\_\_\_\_ min     \_\_\_\_\_ min

### Was vermuten Sie sind Ihre Ursachen, die Sie am Abnehmen hindern?

\_\_\_\_\_

### Ich melde mich für folgenden Kurs an:

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung des Kurses / der Veranstaltung  
Nähere Informationen finden Sie unter <http://www.praxis-silkemueller.de/>.

\_\_\_\_\_  
Datum (Kurs)

\_\_\_\_\_  
Veranstaltungsort

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift