

BITE TEST (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh)

JA NEIN

1. Essen Sie jeden Tag nach einem bestimmten Schema ? JA NEIN
2. Verfolgen Sie eine strikte Diät JA NEIN
3. Ist es für Sie ein Misserfolg, mit einer Diät aufzuhören ? JA NEIN
4. Zählen Sie die Kalorien von allem, was Sie essen, auch wenn Sie nicht auf Diät sind ? JA NEIN
5. Fasten Sie manchmal während einem ganzen Tag ? JA NEIN
- 6.* Wenn ja, wie oft ? JA NEIN

1. Nur einmal
2. Ab und zu
3. 1x/Woche
4. 2-3x/Woche
5. Alle zwei Tage

7* Benützen Sie folgende Hilfsmittel, um Gewicht zu verlieren ?

	nie	manchmal	1x/Woche	2-3x/Woche	täglich	2-3x/Tag	5x/Tag oder mehr
Appetitzügler	0	2	3	4	5	6	7
Diuretika	0	2	3	4	5	6	7
Abfuhrmittel	0	2	3	4	5	6	7
Erbrechen	0	2	3	4	5	6	7

8. Beeinträchtigt Ihr Essensschema stark Ihr Leben ? JA NEIN
9. Meinen Sie, dass die Nahrung Ihr Leben dominiert ? JA NEIN
10. Kommt es manchmal vor, dass Sie ununterbrochen essen und erst dann aufhören, wenn Ihnen schlecht ist ? JA NEIN
11. Gibt es Momente, an denen Sie an nichts anderes denken als an Nahrung ? JA NEIN
12. Essen Sie vernünftig, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind, und „holen“ Sie nach, wenn Sie alleine sind ? JA NEIN
13. Können Sie immer mit dem Essen aufhören, wenn Sie es wünschen ? JA NEIN
14. Haben Sie manchmal den unwiderstehlichen Drang grosse Mengen zu essen ? JA NEIN
15. Tendieren Sie dazu, viel zu essen, wenn Sie beängstigt sind ? JA NEIN
16. Haben Sie Angst vor dem Dick werden ? JA NEIN

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 17. Kam es schon mal vor, schnell grosse Mengen an Nahrung zu essen (ausserhalb der Essenszeiten) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Schämen Sie sich wegen Ihrer Essensgewohnheiten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fürchten Sie, über die Nahrungsmenge die Kontrolle zu verlieren ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Nehmen Sie Nahrung ein, um sich zu trösten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Können Sie am Ende der Mahlzeit etwas auf dem Teller übrig lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Verbergen Sie vor anderen Leuten wieviel Sie essen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Beeinflusst der Hunger wieviel Sie essen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Kam es schon vor, dass Sie unwiderstehlich grosse Mengen gegessen haben ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Wenn ja, stimmt Sie das traurig ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Wenn Sie grosse Mengen essen, tun Sie es nur im Verborgenen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Wie oft tun Sie es ? (siehe Frage 26) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. Fast nie (bitte richtige Ziffer ankreuzen) | | |
| 2. 1x/Monat | <input type="checkbox"/> | |
| 3. 1x/Woche | <input type="checkbox"/> | |
| 4. 2-3x/Woche | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Täglich | <input type="checkbox"/> | |
| 6. 2-3x/Tag | <input type="checkbox"/> | |
| 28. Würden Sie grosse Umstände auf sich nehmen, um diesen unwiderstehlichen Drang zum Essen zu stillen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Fühlen Sie sich <u>sehr</u> schuldig, wenn Sie zuviel gegessen haben ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Essen Sie manchmal im Verborgenen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Betrachten Sie Ihre Essensgewohnheiten als normal ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Betrachten Sie sich als eine(n) impulsive(n) Esser(in) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Ändert sich Ihr Gewicht um mehr als 2kg pro Woche ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Stehen Sie nachts auf, um zu essen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ? | | |
| - Medikamente gegen Depression | <input type="checkbox"/> | 1 |
| - Beruhigungsmittel | <input type="checkbox"/> | 2 |
| - Schlafmittel | <input type="checkbox"/> | |
| - Medikamente für Diabetes-Behandlung | <input type="checkbox"/> | 3 |

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 36. Fühlen Sie sich in einem Stuhl zu sehr eingeengt ?
(z.B. im Kino, im Flugzeug oder in einem Zug) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Schämen Sie sich der Blicke anderer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Fällt es Ihnen schwer, passende Kleidung zu finden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Sorgen Sie sich über Ihre Gesundheit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |