

Fragebogen zur Einstellung zum eigenen Körper**FEK**

Name: _____ ID-Nr. _____

Geburtsdatum: _____ Datum: _____ männlich weiblich

Ausgefüllt von: _____

Dieser Fragebogen soll erfassen, welche Einstellungen und Gefühle Du Deinem eigenen Körper entgegenbringst. Du wirst gebeten, bei jeder der folgenden Aussagen anzugeben, ob die Feststellung in der letzten Zeit Deinem Gefühl entspricht. Bitte mach ein Kreuz in der entsprechenden Spalte: immer, meistens, häufig, manchmal, selten oder nie. Bitte versuche so ehrlich und spontan wie möglich zu antworten und lass keine Frage aus. Deine Angaben bleiben streng geheim.

	immer	meistens	häufig	manchmal	Selten	nie
1. Wenn ich mich mit Gleichaltrigen vergleiche, fühle ich mich über meinen Körper unzufrieden.	()	()	()	()	()	()
2. Mein Körper erscheint mir wie ein gefühlloser Gegenstand.	()	()	()	()	()	()
3. Meine Hüften erscheinen mir als zu breit.	()	()	()	()	()	()
4. Ich fühle mich in meinem eigenen Körper zuhause.	()	()	()	()	()	()
5. Ich wünsche mir sehr stark, schlanker zu sein.	()	()	()	()	()	()
6. Ich finde meinen Brustumfang zu gross.	()	()	()	()	()	()
7. Ich neige dazu, meinen Körper zu verstecken (z.B. durch weite Kleidung).	()	()	()	()	()	()
8. Wenn ich mich im Spiegel betrachte, fühle ich mich über meinen Körper unzufrieden.	()	()	()	()	()	()
9. Ich kann mich körperlich sehr leicht entspannen.	()	()	()	()	()	()
10. Ich finde mich selbst zu dick.	()	()	()	()	()	()
11. Ich empfinde meinen Körper als eine Last, die ich mit mir herumtragen muss.	()	()	()	()	()	()

	immer	meistens	häufig	manchmal	Selten	nie
12. Mein Körper stellt für mich eine Bedrohung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bestimmte Teile meines Körpers erscheinen mir aufgequollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mein Körper stellt für mich eine Bedrohung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mein Äusseres ist mir sehr wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mein Bauch sieht aus, als ob ich schwanger bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich fühle eine Unruhe in meinem Körper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich beneide andere um ihre Figur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. In meinem Körper spielen sich Vorgänge ab, die mich ängstigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich überwache mein Äusseres im Spiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>