



PatientInnenkleber

Datum:

Fragebogen Appetit und Ernährung (FAACT)

Patienten berichten manchmal, dass sie die folgenden Beschwerden haben. Bitte geben Sie das Ausmaß an, in dem diese Beschwerden **während der letzten Woche** bei Ihnen aufgetreten sind.

	Überhaupt			
	nicht	wenig	mässig	sehr
1. Konnten Sie Ihre Mahlzeiten genießen?	1	2	3	4
2. Fühlten Sie sich ausreichend ernährt?	1	2	3	4
3. Haben Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichtes gemacht?	1	2	3	4
4. Konnten Sie ganz normal und ohne Probleme schlucken?	1	2	3	4
5. Schmeckten für Sie die meisten Speisen unangenehm?	1	2	3	4
6. War Ihr Mund trocken?	1	2	3	4
7. Ließ Ihr Appetit nach, sobald Sie anfangen zu essen?	1	2	3	4
8. Hatten Sie schnell ein Völlegefühl?	1	2	3	4
9. Drängten Familie oder Freunde Sie, mehr zu essen?	1	2	3	4
10. Hatten Sie einen gespannten Bauch?	1	2	3	4
11. Waren Sie besorgt, zu mager auszusehen?	1	2	3	4
12. Haben Sie wegen Ihres Aussehens den Kontakt mit anderen Menschen vermieden?	1	2	3	4
13. Haben Sie im Tagesverlauf ein Hungergefühl?	1	2	3	4
14. Wenn Sie ans Essen denken, haben Sie dann Lust etwas zu sich zu nehmen?	1	2	3	4
15. Haben Sie manchmal Lust etwas zu essen und fühlen sich nach dem Essen besser?	1	2	3	4