

# GRUPPE FÜR BETROFFENE VON ESSANFÄLLEN/BINGE EATING

## Termine

Donnerstags,  
17:00 – 18:30 Uhr

### Termine:

07.03., 21.03., 04.04.,  
18.04., 02.05., 16.05.,  
13.06.2024  
(7 Termine)

## Kosten

195,00 Euro/Person

Bei geringem  
Einkommen kann die  
Gebühr (teilweise)  
über Spendengelder  
finanziert werden. Bitte  
sprechen Sie uns an!

## Gruppenleitung

Lisa Els  
Bonner Zentrum  
für Essstörungen  
Systemische  
Beraterin und  
Therapeutin

## Ort

BZE  
Meckenheimer Allee 87  
53115 Bonn

Du wünschst Dir mehr Freundschaft und Akzeptanz gegenüber Deinem Körper? Du leidest unter Essanfällen, emotionalem Essverhalten oder hast eine Binge Eating Störung? In dieser Gruppe kannst Du Dich in geschützter und wertschätzender Atmosphäre mit anderen Betroffenen austauschen und neuen Input mit nach Hause nehmen.

Die Gruppe richtet sich grundsätzlich an Menschen, die...

- unter Essanfällen (auch über den Tag verteilt) leiden
- sich in ihrem Körper nicht wohl fühlen, unabhängig von der Körperform oder des Gewichts
- einen leidvollen Zusammenhang zwischen Essen und Emotionen erleben

Es geht nicht ums Abnehmen! Sondern um die Themen hinter dem Essen!



Weitere Infos unter

[www.b-z-e.de](http://www.b-z-e.de)

# ANMELDUNG

## GRUPPE FÜR BETROFFENE VON ESSANFÄLLEN/BINGE EATING

### Termine

Donnerstags,  
17:00 – 18:30 Uhr

#### Termine:

07.03., 21.03.,  
04.04., 18.04.,  
02.05., 16.05.,  
13.06.2024  
(7 Termine)

Ersatztermin, falls  
ein Termin von  
meiner Seite  
ausfällt:

27.06.2024.

### Kosten

195,00 Euro/Person

Bei geringem  
Einkommen kann die  
Gebühr (teilweise)  
über Spendengelder  
finanziert werden. Bitte  
sprechen Sie uns an!

### ANMELDUNG BITTE AN:

Lisa Els  
els@b-z-e.de  
Meckenheimer Allee 87  
53115 Bonn

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Teilnahme an  
der o.g. an:

Name:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Sind Sie aktuell in psychotherapeutischer Behandlung?

- Nein. Mir ist bewusst, dass die Gruppe keine  
psychotherapeutische/ärztliche  
Beratung/Behandlung/Begleitung ersetzt.
- Ja. Ich versichere, dass ich die Teilnahme an der  
Gruppe mit meiner/meinem behandelnden Ärzt\*in/  
Therapeut\*in abgesprochen habe und ggf.  
Inhalte/Themen aus der Gruppe in diesem Rahmen  
nachbesprechen kann.

---

Datum & Unterschrift

Die Gruppe kommt zustande, wenn mindestens 6  
Teilnehmer\*innen (max. 10) teilnehmen. Sobald diese Anzahl  
erreicht ist, erhalten Sie eine Anmeldebestätigung mit allen  
weiteren Infos.

Eine Rückerstattung bei Nicht-Teilnahme einzelner Termine ist  
leider nicht möglich. Rücktritt bis 14 Tage vor Gruppenbeginn  
kostenfrei möglich.

Ich freue mich auf Sie! Sollten Sie noch Fragen haben,  
melden Sie sich gerne: els@b-z-e.de