

Anmälningsformulär

Personnummer:

Namn:

Adress:

Postnummer: Ort:

Telefonnummer:

1. Beskriv ditt problem.

.....
.....
.....
.....
.....

2. Beskriv hur dina matvanor ser ut för en dag så noggrant som möjligt.

.....
.....
.....
.....
.....

3. Händer det att du försöker kontrollera din vikt genom att motionera hårt?

Ja Nej

Om ja, beskriv vad för typ av aktivitet, hur ofta och längd på motionspass.

.....
.....
.....
.....

Händer det att du försöker kontrollera din vikt på annat sätt?

Ja Nej

Om ja, beskriv på vilket sätt.

.....
.....
.....
.....

4. Förekommer det att du hetsäter?

Ja Nej, gå vidare till fråga 5.

Hur ofta?

- Fler än en gång i veckan under tre månader.
- Färre än en gång i veckan under tre månader.

Beskriv noggrant hetsätningens mängder, ge gärna ett exempel på en hetsätning!

.....
.....
.....

Har du en känsla av kontrollförlust när detta inträffar?

Ja Nej

5. Förekommer det att du kräks?

Ja Nej, gå vidare till fråga 6.

- Mer än en gång i veckan under tre månader.
- Färre än en gång i veckan under tre månader.

6. Vad vägde du innan ätstörningssymtom uppträdde?

När var det?

Aktuell vikt och längd? (Obligatorisk uppgift)

7. För kvinnor: Har du uteblivna menstruationer?

Ja Nej

Om ja, hur länge?

Använder du p-piller?

Ja Nej

8. a) Har du i nuläget andra pågående sjukvårdskontakter?

Ja Nej

Om ja, var?

b) Har du tidigare haft vårdkontakter med psykiatri?

Ja Nej

Om ja, var?

c) Har du varit i behandling för ätstörning tidigare?

Ja Nej

Om ja, var?

9. Äter du läkemedel eller hälsokostpreparat?

Ja Nej

Om ja, vad?

10. Har du varit allvarligt sjuk tidigare i livet?

Ja Nej

Om ja, vad?

11. Vad har du för sysselsättning just nu? (Typ av arbete/namn på skola/annat).

.....

12. Hur bor du?

Ensam

Sammanboende

Med förälder/föräldrar

Annat

13. Beskriv din familjesituation.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Övriga viktiga upplysningar

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Underskrift av sökande

.....

Underskrift av vårdnadshavare om du är under 18 år (Vårdnadshavare, namn, adress, telefonnummer)

.....

.....

.....

Samtycker du till sms-påminnelse vid eventuellt besök?

Om ja, ange till vilket nummer sms-påminnelse ska skickas.

Ja Nej

Mobilnr:

Skicka din anmälan till:
Ätstörningsenhet
Skaraborgs Sjukhus
Hertig Johans gata 16
541 30 Skövde