

Egenremiss Ätstörningsmottagning



Personnummer:

Namn:

Adress:

Postnummer: Ort:

Telefon:

Boende: Ensamboende
 Gift/sambo
 Hos förälder/föräldrar
 Annat

Sysselsättning: Arbetar
 Studerar
 Sjukskriven
 Annat

Hemmavarande barn: Ja, ålder.....
 Nej
 Gravid i vecka

Längd: cm Viktkg

Högsta vikt kg Lägsta viktkg

Önskeviktkg

Pendlar du mycket i vikt? Nej Ja Vet ej

Hur gammal var du när dina problem med vikt och ätande började? år.

(För kvinnor) Menstruation?

- Regelbundet Oregelbundet Inte alls

Jag äter:

- Normalkost Vegetarisk kost
 Vegankost Annat.....

Kontrollerar du din vikt genom att:

- a) hålla sträng diet Nej
 Ja, dagligen
 Några ggr/vecka
 Några ggr/månad

- b) kräkas Nej
 Ja, dagligen
 Några ggr/vecka
 Några ggr/månad

- c) laxera/vattendrivande Nej
 Ja, dagligen
 Några ggr/vecka
 Några ggr/månad

- d) motionera överdrivet Nej
 Ja, dagligen
 Några ggr/vecka
 Några ggr/månad

f) annat:

Hetsäter/överäter du stora mängder mat?

- Nej
 Ja, dagligen
 Några ggr/vecka
 Några ggr/månad

Går du i behandling för annan typ av sjukdom eller problem?

Nej

Ja

Var?.....

För vad?.....

Har du tidigare fått ätstörningsbehandling?

Nej

Ja

Var?.....

När?

Äter du några läkemedel?

Nej

Ja

Läkemedel.....

Beskriv kortfattat din aktuella ätstörning:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Har du några andra synpunkter eller information som du tror är bra för oss att känna till?

.....

.....

Datum:

Underskrift:

Om du är under 18 år måste även vårdnadshavare skriva under. (Vid gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna skriva under).

Vårdnadshavare:

Underskrift:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Vårdnadshavare:

Underskrift:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Skicka remissen till:

Ätstörningsmottagning
Södra Älvsborgs Sjukhus

Ekenäsgatan 15

501 82 Borås

