

Egenanmälan till internetbehandlingen NÄRA

Det är viktigt att du beskriver dina problem så tydligt som möjligt och svarar på alla frågor.

Datum:

Personnummer:

Namn:

Gatuadress:

Postnummer:

Ort:

1. Beskriv de aktuella problem du söker hjälp för:

2. Beskriv vad och hur mycket du äter under en vanlig dag. Specificera vid vilka tider du äter:

3. Har du under de senaste månaderna mycket strikt begränsat ditt ätande, avseende mängd och/eller variation av mat?

Ja Nej

4. Händer det att du tappar kontrollen och då äter väldigt stora mängder mat?

Ja Nej

Om Ja, hur många gånger har det hänt under den senaste månaden?

_____ ggr

5. Beskriv en typisk episod då du tappar kontrollen/hetsäter. Under hur lång tid pågår en sådan episod? Vad äter du då? Hur stora mängder?

6. Händer det att du framkallar kräkningar eller använder laxermedel med syfte att kontrollera vikt eller kropp?

Ja Nej

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under den senaste månaden?

_____ ggr

Kräkningar och/eller laxermedel

7. Händer det att du försöker kontrollera din vikt eller kropp genom att träna?

Ja Nej

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under den senaste månaden?

_____ ggr

Om *Ja*, hur lång tid tränar du i genomsnitt vid varje träningstillfälle?

8. Hur lång är du?

_____ cm

9. Vad väger du? (Gör en uppskattning om du inte vet din vikt)

_____ kg

10. Har du minskat eller ökat i vikt under de senaste tre månaderna?

Ja, minskat med _____ kg

Ja, ökat med _____ kg

Jag har gått upp och ner i vikt

Nej

11. Om det är aktuellt för dig, hur fungerar din mens?

Regelbundet

Oregelbundet. Hur länge har det varit så?

Min mens har upphört. Hur länge har det varit så?

- Jag har inte fått min första mens än
- Ej aktuellt

12. Är du gravid?

- Ja, jag är i graviditetsvecka _____
- Nej
- Ej aktuellt

13. I vilken utsträckning påverkas din självkänsla av dina problem kopplade till vikt, kroppsuppfattning eller ätande? Ringa in den siffra som bäst beskriver hur det är för dig

Inte alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremt mycket

14. I vilken utsträckning påverkas din vardag av dina problem kopplade till vikt, kroppsuppfattning eller ätande? Ringa in den siffra som bäst beskriver hur det är för dig

Inte alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremt mycket

15. Hur gammal var du när dina problem kopplade till vikt, kroppsuppfattning eller ätande började? _____ år

16. Har du tidigare gått eller går du i behandling för ätstörning?

- Jag har tidigare gått i behandling för ätstörning på _____
- Jag går just nu i behandling för ätstörning på _____
- Nej

17. Har du någon annan regelbunden kontakt inom vården?

- Ja

Om Ja, vilka andra kontakter har du och för vad?

- Nej

18. Har du någon information som är bra för oss att känna till?

19. Samtycker du till att vi kontaktar dina andra vårdgivare om vi behöver samplanera din vård

- Ja
- Nej

20. Samtycker du till att journalinformation från andra vårdgivare får inhämtas?

- Ja
 Nej

21. Ibland kan vi behöva kontakta dig för kompletterande uppgifter. Vilket telefonnummer kan vi nå dig på? _____

22. Får vi kontakta dig via sms?

- Ja
 Nej

23. Har du behov av att ha med en tolk vid ditt besök?

- Ja, på följande språk: _____
 Nej

Stockholms centrum för ätstörningar arbetar kontinuerligt med att förbättra och utveckla vården för patienter med ätstörningar. Därför söker vi ibland personer till forsknings- och utvärderingsprojekt. Det är helt frivilligt att delta och det påverkar inte hur vi bedömer din eventuella behandling hos oss.

24. Får vi kontakta dig om vi bedömer att du skulle kunna passa in i ett sådant projekt?

- Ja
 Nej