

## Egenanmälan för dig som fyllt 18 år

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