

## Egenanmälan för dig som har fyllt 18 år

**Namn:** .....

**Personnummer:** .....

**Mobiltelefon:** .....

**Adress:** .....

.....

.....

### 1. Beskriv de aktuella problem du söker hjälp för:

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

### 2. Beskriv vad och hur mycket du äter och dricker under en vanlig dag, specificera också vid vilka tider du äter och dricker:

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

### 3. Händer det att du under vissa perioder mycket strikt begränsar volymen och/eller variationen av det du äter?

Ja  Nej

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under de senaste sju dagarna?

\_\_\_\_\_ ggr

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under de senaste tre månaderna?

\_\_\_\_\_ ggr

### 4. Händer det att du inte kan sluta äta när du väl har börjat och då äter väldigt stora mängder mat?

Ja  Nej

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under de senaste sju dagarna?

\_\_\_\_\_ ggr

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under de senaste tre månaderna?

\_\_\_\_\_ ggr

**5. Händer det att du själv framkallar kräkningar eller använder laxermedel?**

Ja  Nej

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under de senaste sju dagarna?

\_\_\_\_\_ ggr

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under de senaste tre månaderna?

\_\_\_\_\_ ggr

**6. Händer det att du försöker kontrollera din vikt genom att träna?**

Ja  Nej

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under de senaste sju dagarna?

\_\_\_\_\_ ggr

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under de senaste tre månaderna?

\_\_\_\_\_ ggr

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

\_\_\_\_\_

**7. Hur lång är du?**

\_\_\_\_\_ cm

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

\_\_\_\_\_ kg

**9. 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

**10. 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

**11. Är du gravid?**

Ja, jag är i graviditetsvecka \_\_\_\_\_

Nej

Ej aktuellt

**12. 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

**13. 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

**14. Hur gammal var du när dina problem kopplade till vikt, kroppsuppfattning eller ätande började? \_\_\_\_\_ år**

**15. 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

**16. Har du någon annan regelbunden kontakt inom vården?**

Ja, följande kontakter har jag just nu och för vad:

---

---

Nej

**17. Har du någon annan information som är bra för oss att känna till?**

---

---

---

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

Ja

Nej

