

Egenanmälan

Det är viktigt att du beskriver dina problem så tydligt som möjligt och svarar på alla frågor. Skicka sedan Egenanmälan till oss på nedanstående adress. **Du som är under 18 bör komplettera Egenanmälan med längd- och viktkurvor (finns hos Skolhälsovården).**

OBS! Använd bläckpenna, tack.

Datum Personnummer

Namn

Gatuadress

Postnummer Ort

Telefon dagtid, där vi kan kontakta dig

Behov av tolk, språk

Sms-meddelande

Får vi kontakta dig via sms Ja, på nummer Nej
Förälder/vårdnadshavares nummer för dig som inte fyllt 18

Föräldrar/vårdnadshavare

Namn, adress och telefonnummer (inte obligatoriskt för dig som fyllt 18 år)

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

Sammanhållen journalföring

Jag samtycker till att journalinformation från andra vårdgivare (utanför Stockholms läns sjukvårdsområde/Karolinska Universitetssjukhuset t.ex. privata vårdföretag) får inhämtas.

Mer information om sammanhållen journalföring finns på www.1177.se.

Ja Nej

Forskning

På SCÄ arbetar vi kontinuerligt med att förbättra och utveckla vården för patienter med ätstörning. Därför söker vi ofta personer till olika forsknings- och utvärderingsprojekt. Får vi kontakta dig om vi bedömer att du skulle kunna passa in i ett sådant projekt? Vi vill betona att det är helt frivilligt att delta och det påverkar inte hur vi bedömer din eventuella behandling här.

Ja Nej

1. Beskriv din aktuella ätstörning (om inte raderna räcker till fortsätt på baksidan)

.....

.....

.....

2. Beskriv vad du äter under en vanlig dag

Frukost

Mellanmål

Lunch

Mellanmål

Middag

Kvällsmål

3. **Obligatoriska uppgifter** Aktuell vikt kg Aktuell längd cm

4. **Flickor/-kvinnor** Hur fungerar din menstruation Regelbundet Oregelbundet Inte alls

Om Oregelbundet eller Inte alls, hur länge har det varit så månader

Använder du för närvarande p-piller Ja Nej

5. **Över 18** Har du minskat/ökat i vikt under senaste **halvåret**

Ja minskat kg Ja ökat kg Nej

Under 18 Har du minskat/ökat i vikt de **senaste 2 månaderna**

Ja minskat kg Ja ökat kg Nej

Hur mycket har du vägt som mest kg

6. Händer det att du förlorar kontrollen över ditt ätande och stoppar i dig stora mängder mat?

Ja, ofta (minst 2 gånger/vecka)

Ja, ibland (färre än 2 gånger/vecka men minst 1 gång/månad)

Ja, sällan

Nej

7. Händer det att du försöker kontrollera din vikt genom att göra dig av med maten du ätit, t.ex. genom att kräkas eller ta laxermedel?

Ja, ofta (minst 2 gånger/vecka)

Ja, ibland (färre än 2 gånger/vecka men minst 1 gång/månad)

Ja, sällan

Nej

8. Händer det att du försöker kontrollera din vikt genom att motionera hårt, hålla sträng diet eller t.o.m. fasta periodvis?

Ja, ofta

Ja, ibland

Nej

9. I vilken utsträckning påverkas din självkänsla (vad du tycker om dig själv) av hur du upplever din kropp och vikt?

Mycket

En del

Inte alls

10. Hur gammal var du när problemen började år
11. Har du tidigare gått i behandling för ätstörning (t.ex. annan ätstörningsenhet, BUP, psykiatrimott.)
 Ja Nej var
12. a) Går du för närvarande i behandling för ätstörning
 Ja hos Nej
- b) Går du för närvarande i behandling inom psykiatrin (t.ex. Ungdomsmottagning, BUP, Psykiatrisk öppenvårdsmott.)
 Ja hos Nej
- Samtycker du till att vi kontaktar dem om vi behöver samplanera din vård Ja Nej

13. Söker du i nuläget annan ätstörningsvård
 Ja Nej var

14. Vad tänker du att du behöver hjälp med för att bli fri från din ätstörning

.....

.....

.....

.....

.....

15. Övrigt

.....

.....

.....

.....

Underskrift

.....
Datum Sökande

.....
Förälder/vårdnadshavare för dig som inte fyllt 18

.....
Annan person än ovan, som hjälpt till med ansökan (underskrift) Röll (vän, fosterförälder, boendestöd, kontaktperson eller annan)