

Egen vårdbegäran

Datum:

Personnummer:

Namn:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Sms-meddelande

Får vi kontakta dig via sms för påminnelse på utsänd kallelse?

Ja, på nummer:

Nej

Finns behov av tolk?

Ja

Språk: _____

1. Beskriv dina ätandeproblem

2. Längd _____ Vikt _____ Vet ej Ev. datum för vikt: _____

3. Är du gravid? Ja Nej
4. Finns minderåriga barn i familjen? Ja Nej
- Antal barn: _____
- Barnets/-ens ålder: _____

5 a. Beskriv vad och när du äter under ett dygn:

b. Äter du regelbundet (frukost, lunch, middag och så vidare)?

Ja Nej

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

- Ja minskat _____ kg Ja, ökat _____ kg Nej

10. 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

11. Hur gammal var du när problemen började? _____ år

12. Har du tidigare gått i behandling för ätstörning (t.ex. annan ätstörningsenhet, BUP, psykiatrimottagning)?

- Ja, var? _____ Nej

Om ja, när gick du i behandling? _____

13. 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 du svarar ja på a och/eller b) om vi behöver samplanera din vård? Ja Nej

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

15. Övrigt

Underskrift

Datum

Sökande