



Anmälningssformulär

Du har anmält intresse för behandling på vår klinik. För att kunna ta ställning till de anmälningar och remisser vi får behöver vi svar på dessa formulär. Vi ber dig alltså fylla i och skicka in dem till oss på nedanstående adress.

Datum: Personnummer:

Namn:

Gatuadress:

Postnummer: Ort:

Tel. dagtid:

E-post:

Föräldrar/vårdnadshavare – namn, adress, tel. och e-post (inte obligatoriskt för dig som fyllt 18 år):

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

1. Beskriv din aktuella ätstörning?

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

2. Hur mycket väger du? kg Hur lång är du? cm
OBS! Uppgifter om längd och vikt är nödvändiga för behandlingsplanering



3. Äter du normalkost vegetarisk kost vegankost

4. Har du sökt hjälp någon annanstans för ätstörningen? Ja Nej

Om Ja, var och när?

5. Om du har varit på någon annan ätstörningsenhet i Stockholm, har du då utretts med Stepwise?

Ja Om ja, var och när?
 Nej

6. Går du i behandling för någon **annan** typ av problem eller sjukdom?

Ja Om ja, var?
 Nej

7. Vad har du för typ av sysselsättning just nu? (Skola, praktik, arbete eller annat)

.....
.....

8. Hur bor du?

ensam
 sammanboende
 bor med en förälder, vilken?
 bor med bägge föräldrarna
 annat boende, vad?

9. Har du andra synpunkter eller information som du tror är bra för oss att känna till innan vi tar ställning till din anmälan?

.....
.....

Medgivande av sökande/föräldrar/vårdnadshavare

Jag/vi samtycker till att journalkopior får inhämtas från tidigare vårdinstans om så behövs.

Ja Nej

Namnunderskrift sökande:

Obligatoriskt med egen underskrift för dig som fyllt 18 år

Namnunderskrift föräldrar/vårdnadshavare:

*För dig som inte fyllt 18 år gäller att båda dina föräldrar **och** du själv måste skriva under*



Kompletterande ätstörningsinformation

1. Hur gammal var du när dina problem med vikt och ätande började?år
2. Hur mycket har du vägt som mest? (För kvinnor: Ej under graviditet)kg
3. Hur mycket har du vägt som minst under de senaste tre månaderna?kg
4. Hur mycket skulle du vilja väga?kg
5. För 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
6. Försöker du medvetet kontrollera din vikt? Ja Nej
Om Ja, hur mycket tror du att du skulle väga om du inte kontrollerade din vikt?kg
7. 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
8. 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
9. 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
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

Tack för hjälpen!