

Egenanmälan

Det är viktigt att du beskriver dina problem så tydligt som möjligt och svarar på alla frågor. Skicka sedan din egenanmälan till adressen i slutet på formuläret.

Personnummer

.....

Namn

.....

Gatuadress

.....

Postnummer

.....

Ort

.....

Telefon dagtid, där vi kan kontakta dig

Behov av tolk, språk

Får vi kontakta dig via sms? Ja, på nummer Nej

1. Beskriv din aktuella ätstörning

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

2. Beskriv vad du äter under en vanlig dag

Frukost

.....

Mellanmål

.....

Lunch

.....

Mellanmål

.....

Middag

.....

Kvällsmål

.....

3. Hur gammal var du när problemen börjadeår

4. Aktuell viktkg Aktuell längdcm

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

. Nej . Ja minskatkg . Ja ökatkg

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

14. Övrigt

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

.....

.....

Datum

Underskrift

.....

Annan person som hjälpt till med ansökan (underskrift)

.....

Roll (vän, fosterförälder, boendestöd, kontaktperson eller annan)

Blanketten skickas till: Ätstörningsenheten, Östersunds sjukhus
Område Psykiatri, Fältjägargränd ingång 3
Hus 10, Plan 7, 831 83 Östersund

Vid eventuella frågor vänligen kontakta oss på
063-153699 Ätstörningsenheten eller
063-153907 Sekreterare