

Egenanmälan för dig som har fyllt 18 år

Aleris Ätstörning

Namn: _____

Personnummer: _____

Mobilnummer: _____

Adress: _____

Hur lång är du (cm)? _____

Vad väger du? (vet du inte vad du väger kan du ange ungefärlig vikt)

Vikt kg: _____

Har du minskat/ökat i vikt senaste 6 mån?

Ja, minskat med: _____ kg Ja, ökat med: _____ kg Jag pendlar i vikt

Nej

Om aktuellt, hur fungerar din menstruation?

Ej aktuellt Regelbunden Oregelbunden Utebliven sedan _____ månader

Har preventivmedel

Är du gravid? Ja Graviditetsvecka: _____ Nej Ej aktuellt

Beskriv kortfattat ditt problem/sjukdom och vad du söker vård för: _____

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

Har du tidigare gått i behandling för ätstörning

Ja, när och vilken mottagning _____

Nej

Har du någon annan regelbundet kontakt inom vården?

Ja, sedan när och vilken mottagning _____

Nej

Begränsar du i perioder eller regelbundet ditt ätande för att påverka vikt eller figur?

- Ja, jag begränsar vad jag äter i snitt _____ dagar/vecka
- Nej

Upplever du att du tappar kontrollen över vad du äter och äter stora mängder mat under en begränsad tid på ca 2 timmar?

- Ja, det händer ungefär _____ ggr/vecka

Om ja, beskriv mängd vid sådant tillfälle: _____

- Nej

Använder du dig av kompenserade beteenden såsom kräkning, fasta eller träning för att påverka din vikt och figur?

- Ja, vad och hur ofta? _____
- Nej

Använder du laxeringsmedel eller andra läkemedel för att kontrollera din vikt och figur?

- Ja, vad och hur ofta? _____
- Nej

Upplever du att dina tankar om mat, vikt och kropp begränsar dig på olika sätt i ditt liv och din vardag?

- Ja, hur mycket på en skala mellan 1-10: _____
- Nej

Påverkas din självkänsla eller vad du tycker om dig själv som person på grund av dina tankar om ditt ätande, din vikt eller figur?

- Ja, hur mycket på en skala mellan 1-10: _____
- Nej

Upplever du fysiska besvär som magbesvär, sömnsvårigheter, svimningar, yrsel, hjärtrusningar eller dylikt?

- Ja, beskriv vilka fysiska besvär som du upplever _____
- _____
- Nej

Hur ser en vanlig dag ut gällande måltider:

Frukost: _____

Mellanmål: _____

Lunch: _____

Mellanmål: _____

Middag: _____

Kvällsmål: _____

Övrigt exempel vid hetsätning/nattligt ätande _____

Övrig kommentar: _____

Har du andra sjukdomstillstånd/psykiatriska tillstånd? Ja, vilket/vilka? _____ Nej**Tar du något läkemedel?** Ja, vad? _____ Nej**Om du dricker alkohol, hur ofta dricker du alkohol?** Aldrig 1 gång i månaden eller mer sällan 2-4 ggr i månaden 2-3 ggr i veckan 4 ggr/vecka eller mer**Om ja, Hur många standardglas dricker du per vecka? (Ett standardglas är ca 33cl öl, ett glas vin eller 4 cl starksprit) _____ antal glas****Tar du droger och/eller narkotikaklassade läkemedel?** Ja, vad och hur ofta? _____ Nej**Har du barn i ditt hushålls under 18 år?** Ja, antal och ålder? _____ Nej

Samtycker du till att vi får ta del av journaler hos annan vårdgivare?

- Ja
 Nej

Får vi skicka påminnelser via sms om bokad tid till dig? Medgivandet gäller så länge du är aktuell hos oss. Du kan när som helst återkalla ditt medgivande.

- Ja
 Nej

Övrig information som du tror är viktigt för oss att vi får veta? _____

För kännedom kan vi komma att kontakta dig via Aleris appen "Aleris vård i mobilen". Du laddar ner den där appar finns. Du kommer då få ett sms med en länk för att logga in med Bank-ID och ta del av meddelandet.

- Jag har Bank-ID
 Jag har inget Bank-ID

En förutsättning hos oss är att du kan arbeta aktivt och engagerat mellan sessionerna. Utöver samtal ingår gruppföreläsningar, texter att läsa samt hemuppgifter. Du behöver ha utrymme att prioritera tid för aktivt arbete dagligen. Har du möjlighet till det?

- Ja
 Nej
 Osäker

Underskrift

Datum: _____

Signatur: _____

Skicka din egenanmälan till:

Aleris Ätstörning
Olof Palmes gata 9
111 37 Stockholm