

**EGENREMISS AVSEENDE BEHANDLING PÅ  
ANOREXI & BULIMI, MOTTAGNING FÖR VUXNA (AoB)  
FRÅN 25 ÅR  
PSYKIATRI, SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET**

Du har anmält intresse för behandling på AoB. För att kunna ta ställning till om vi har möjlighet att ta emot dig behöver vi svar på dessa frågor.

Personnummer: .....

Namn: .....

Adress: .....

Postnummer: ..... Ort: .....

Telefon: .....

Medborgarskap: ..... Språk (om ej svenska): .....

Utbildningsnivå:  Förgymnasial utbildning  Fullgjord

Gymnasial utbildning  Fullgjord

Eftergymnasial utbildning  Fullgjord

Typ av sysselsättning  Arbete  Heltid  Deltid ..... %

Studier  Heltid  Deltid ..... %

Ingen sysselsättning

Annat: .....

Försörjning:  Egen försörjning

Sjukskrivning/sjukersättning

Annat: .....

Boende:  Ensamboende  Gift/sambo  Annat: .....

Hemmavarande barn:  Nej

Ja Antal: ..... Födda år: .....

Gravid i vecka: .....

Körkort:  Nej  Ja

Vapenlicens:  Nej  Ja

Äter du några läkemedel?  Nej  Ja .....

Läkemedelsöverkänslighet:  Nej  
 Ja Läkemedelsnamn:.....  
 Biverkan: .....

Annan överkänslighet eller allergi: .....

Infektionskänslighet:  Nej  Ja, i form av .....

Hur gammal var du när dina problem med vikt och ätande började? .....år

Har du tidigare gått i ätstörningsbehandling?  Nej  Ja

Om ja, var och när?.....

.....

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

Nej

Ja, var..... För vad? .....

.....

Beskriv kortfattat din aktuella ätstörning

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Längd: ..... cm

Högsta vikt ..... kg

Vikt ..... kg

Lägsta vikt ..... kg

Önskevikt: .....kg

Pendlar du mycket i vikt?  Nej  Ja  Vet ej

(För kvinnor) Hur fungerar din menstruation?

 Regelbundet  Oregelbundet  Inte allsÄter du:  Normalkost  Vegetarisk kost  Vegankost

Kontrollerar du din vikt genom att:

- a) hålla sträng diet  Nej  Ja, dagligen  några ggr/vecka  några ggr/ månad
- b) kräkas  Nej  Ja, dagligen  några ggr/vecka  några ggr/ månad
- c) laxera/vattendrivande  Nej  Ja, dagligen  några ggr/vecka  några ggr/ månad
- d) motionera överdrivet  Nej  Ja, dagligen  några ggr/vecka  några ggr/ månad
- f) annat: .....

Hetsäter/överäter du stora mängder mat?

 Nej  Ja, dagligen  några ggr/vecka  några ggr/ månadHar du eller har du haft någon form av missbruksproblematik?  Nej Ja, alkohol Ja, narkotika Ja, läkemedel Ja, annat .....Har du någon gång varit utsatt för sexuella övergrepp?  Nej  Ja  Vet ej

Har du några andra synpunkter eller information som du tror är bra för oss att känna till?

.....  
.....

Datum: ..... Underskrift: .....

---

*Remissen skickas till:*Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Remissportalen  
Torggatan 1A  
431 35 Mölndal