



## Mandometerkliniken Alingsås Egenanmälan

Fyll i formuläret så noggrant som möjligt och skicka till:

**Mandometerkliniken Alingsås, Kungsgatan 5, 441 30 Alingsås**

Din anmälan registreras hos oss och vi kontaktar Dig när den är behandlad.

*OBS: Intresseanmälan leder inte automatiskt till inskrivning på Mandometerkliniken. Om Du är i behov av att snabbt komma i kontakt med oss är Du välkommen att ringa på tel: 0322 285 850*

Namn:	Dagens datum:
Ålder:	Pers.nr:
<input type="checkbox"/> kvinna <input type="checkbox"/> Man	

Tel.nr	Hem:	Arbete:	Mobil:
Adress	Gata:	Post.nr:	Postort:
E-post:			

Försäkringsbolag:	
Din läkares namn:	Tel.nr/Mobil:

*Om du är yngre än 18 år:*

Din mammas namn:	Tel.nr/Mobil:
Din pappas namn:	Tel.nr/Mobil:

1. Hur lång är Du? \_\_\_\_\_ cm.

2. Hur mycket väger Du? \_\_\_\_\_ kg. BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> BMI: Kroppsvikt i kg / (kroppslängd i cm x kroppslängd i cm)

3. Har Du gått ner i vikt under den senaste månaden?

nej

ja. Hur många kg? \_\_\_\_\_

4. Upplever Du Dig tjock trots att Din omgivning tycker att Du inte är det?

nej

ja

5. Har Du kroppsliga besvär?

nej

ja: \_\_\_\_\_

6. Om Du är kvinna, har Du menstruation?

- Ja, regelbundet*
- Ja, men oregelbundet*
- nej, menstruationen har upphört*
- nej, jag är gravid*
- nej, jag har aldrig haft mens*

7. Tar Du regelbundet någon medicin?

- nej*
- ja: \_\_\_\_\_*

8. Ange Din vilopuls: \_\_\_\_\_ slag/minut

(Sitt/eller ligg ner i tio minuter, därefter tas pulsen genom fingertryck på pulsådern strax ovanför handloven. Använd en klocka med sekundvisare.)

9. Hur många minuter tränar/springer/promenerar Du i genomsnitt per dag?

\_\_\_\_\_ minuter

10. Har någon allvarlig "livshändelse" (ex skilsmässa, dödsfall) inträffat i Din familj under det senaste året?

- nej*
- ja: \_\_\_\_\_*

11. Vad är Din önskade vikt? \_\_\_\_\_ Kg

12. Hur länge har Du haft problem med mat?

\_\_\_\_\_

13. Hur ser Ditt vanliga ätmönster ut?

- äter regelbundet eller så gott som regelbundet*
- äter återhållsamt, dvs knappa vegetariskt betonade matvanor*
- helsvälter*
- svälter mig i perioder, dessemellan äter jag återhållsamt*
- hetsäter (snabb och okontrollerad konsumtion av stora mängder mat) i perioder dessemellan fastar/bantar/svälter jag*
- hetsäter så gott som dagligen*

14. Har det hänt att Du framkallar kräkningar i samband med att Du ätit?

- aldrig*
- ja, någon enstaka gång*
- ja, ibland*
- ja, ofta*
- ja, alltid*

15. Är Du rädd för att inte kunna sluta äta då Du börjat?

- nej*                       *ja*

16. Har Du besökt läkare eller sjukhus för Din ätstörning?

- nej*
- ja: \_\_\_\_\_*

17. Står Du f.n. i kö till behandling vid någon annan ätstörningsklinik/mottagning?

- ja, jag har sökt till: \_\_\_\_\_*
- Nej, men jag planerar att söka till: \_\_\_\_\_*
- \_\_\_\_\_ När: \_\_\_\_\_

- Nej, jag har inte sökt behandling vid någon annan ätstörningsklinik/mottagning.*

18. Valfrihet att välja behandlingsmetod

- Jag vet att det finns andra behandlingar för ätstörningar/ätsjukdom, men jag väljer Mandometermetoden.*

19. Övrigt: