





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?

.....  
.....

---

**Namnunderskrift sökande:** .....

*Obligatoriskt med egen underskrift för dig som fyllt 18 år*

**Namnunderskrift förälder/vårdnadshavare:** .....

*För dig som inte fyllt 18 år gäller att förälder/vårdnadshavare **och** du själv måste skriva under*

### Sammanhållen journalföring

Jag samtycker till att journalinformation från andra vårdgivare (utanför Stockholms Läns Landsting) får inhämtas och att journalinformation från SCÄ görs tillgänglig för andra vårdgivare om samarbete krävs. Mer information hittar du på hemsidan under "för vårdsökande" och "vägar till behandling"

Ja  Nej

**Medgivande sökande:** .....

*Obligatoriskt att bekräfta ditt ställningstagande med underskrift för dig som fyllt 16 år*



## 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!**