



Remiss

Rem. läkare	Personnummer
Rem. enhet	Namn, adress
Telefon / e-post	Remissdatum
Preliminär diagnos, frågeställning	
Aktuella ätstörningssymtom (övergripande beskrivning)	
Aktuellt ätbeteende och födointag	
Anamnes på ätstörningsdebut och -utveckling	
Tidigare behandling för ätstörning	
Aktuell vikt:..... Aktuell längd:..... Vikt före insjuknandet:.....	
Kopia på labsvar bifogad <input type="checkbox"/>	Längd och viktkurva bifogad (önskvärt om pat är barn eller tonåring) <input type="checkbox"/>
Somatisk påverkan	
Kort beskrivning av patientens sociala situation	
Psykisk status / psykiatriska symptom	