



Mandometerklinikerna Egenanmälan

Fyll i formuläret så noggrant som möjligt och skicka till: **AB Mando, Box 4006, S-141 04 HUDDINGE**

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

OBS: Intresseanmälan leder inte automatiskt till inskrivning på Mandometerklinikerna. Om Du är i behov av att snabbt komma i kontakt med oss är Du välkommen att ringa på tel: 08 - 556 406 00

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/m² *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: