

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:
	Pers.nr:

Kontaktuppgifter

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

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. Hur länge har Du haft problem med mat?

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

- Ja Nej

6. Har Du kroppsliga besvär?

- nej
 ja: _____

7. Har Du menstruation?

- regelbundet
 oregelbundet
 menstruationen har upphört
 aldrig haft mens

8. Tar Du regelbundet någon medicin?

- nej
 ja: _____

9. 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.)

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

_____ minuter

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

- nej
 ja: _____

12. Vad är Din önskade vikt? _____ kg.

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?

- ja nej

16. Har Du besökt läkare eller sjukhus för Dina ätsjukdomsproblem?

- Ja: _____
 Nej

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

- Ja, jag har sökt till: _____
 Nej, men jag planerar att söka till:

När: _____

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

18. Övrigt: