

# EGENANMÄLAN

## *Första steget till att bli frisk från din ätstörning*

Vi ser fram emot din ansökan. Spara ner blanketten på din dator innan du börjar fylla i den. För att vi ska kunna göra rätt bedömning så är det viktigt att du beskriver dina problem så tydligt som möjligt och svarar på alla frågor. Är du under 18 år bör du komplettera med längd- och viktkurvor som du kan få via skolhälsovården.

Scanna eller fota sedan ansökan och maila den till [info@weandsport.se](mailto:info@weandsport.se)

---

Datum ..... Personnummer .....

Namn .....

Gatuadress .....

Postnummer ..... Ort .....

Telefonnummer dagtid, där vi kan kontakta dig .....

Behov av tolk, språk .....

Får vi kontakta dig via sms  Ja, på nummer .....

Förälder/vårdnadshavaresnummer för dig som inte fyllt 18

### FÖRÄLDER / VÅRDNADSHAVARE

Namn, adress och telefonnummer (inte obligatoriskt för dig som fyllt 18 år)

# ÄTSTÖRNING & MATINTAG

---

Beskriv din aktuella ätstörning, observera att du inte behöver ha en diagnos för att söka vård hos oss på We & Sports.

Beskriv vad du äter under en vanlig dag

Frukost .....

Mellanmål .....

Lunch .....

Mellanmål .....

Middag .....

Kvällsmål .....

Händer det att du förlorar kontrollen över ditt ätande och stoppar i dig stora mängder mat?

- Ja, ofta     Ja, ibland     Ja, sällan     Nej

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     Ja, ibland     Ja, sällan     Nej
-

# ALLERGIER

---

Följande allergier eller överkänslighet har jag som söker vård:

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Komjölksprotein | <input type="checkbox"/> Fisk                         | <input type="checkbox"/> Jordgubbar |
| <input type="checkbox"/> Laktos          | <input type="checkbox"/> Nötter/mandel/<br>Jordnötter | <input type="checkbox"/> Kiwi       |
| <input type="checkbox"/> Gluten          | <input type="checkbox"/> Sesamfrön                    | <input type="checkbox"/> Svamp      |
| <input type="checkbox"/> Sojaprotein     | <input type="checkbox"/> Citrusfrukter                | <input type="checkbox"/> Tomat      |
| <input type="checkbox"/> Ägg             | <input type="checkbox"/> Äpple                        | <input type="checkbox"/> Morot      |
| <input type="checkbox"/> Skaldjur        | <input type="checkbox"/> Apelsin                      | <input type="checkbox"/> Paprika    |

Andra allergier

## ANNAN SPECIALKOST

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vegetarian             | <input type="checkbox"/> Vegetarian (äter fågel) | <input type="checkbox"/> Ej griskött |
| <input type="checkbox"/> Vegetarian (äter fisk) | <input type="checkbox"/> Vegan                   | <input type="checkbox"/> Ej blodmat  |

## MULTIALLERGI

Jag kan äta:

Jag kan **INTE** äta:

--	--

# OM DIN VIKT

---

Aktuell vikt ..... kg      Aktuell längd ..... cm

Hur mycket har du vägt som mest? ..... kg

Hur mycket har du vägt som lägst? ..... kg

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       Ja, sällan       Nej

I vilken utsträckning påverkas din självkänsla (vad du tycker om dig själv) av hur du upplever din kropp och vikt?

Mycket       Endel       Inte alls

## FÖR FLICKOR / 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

## OM DU ÄR ÖVER 18 ÅR

Har du minskat/ökat i vikt under senaste halvåret?

Ja, minskat ..... kg       Ja, ökat ..... kg       Nej

## OM DU ÄR UNDER 18 ÅR

Har du minskat/ökat i vikt under senaste 2 månaderna?

Ja, minskat ..... kg       Ja, ökat ..... kg       Nej

---

# ÖVRIGA FRÅGOR

---

Hur gammal var du när problemen började? ..... år

Har du tidigare gått i behandling för ätstörning t.ex. annan ätstörningsenhet, BUP, psykiatrimottagning?

Ja       Nej      Om ja, var? .....

Går du för närvarande i behandling för ätstörning?

Ja, hos .....  Nej

Går du för närvarande i behandling inom psykiatrin? Ex. Ungdomsmottagning, BUP, Psykiatrisk öppenvårdsmottagning?

Ja, hos .....  Nej

Samtycker du till att vi kontaktar dem om vi behöver samplanera din vård

Ja       Nej

Söker du i nuläget annan ätstörningsvård?

Ja       Nej      Om ja, var? .....

Vad tänker du att du behöver hjälp med för att bli fri från din ätstörning?

---

Övrigt som du tycker att vi bör veta om

## FORSKNING

På We & Sports arbetar vi kontinuerligt med att förbättra och utveckla vården för patienter med ätstörning. Därför söker vi ofta personer till olika forsknings- och utvärderingsprojekt. Får vi kontakta dig om vi bedömer att du skulle kunna passa in i ett sådant projekt? Vi vill betona att det är helt frivilligt att delta och det påverkar inte hur vi bedömer din eventuella behandling här.

Ja       Nej

## UNDERSKRIFT

.....  
Datum

.....  
Sökande

.....  
Förälder/vårdnadshavare för dig som inte fyllt 18

.....  
Annan person än ovan, som hjälpt till med ansökan  
(underskrift)

.....  
Roll (fosterförälder, boendestöd,  
kontaktperson eller annan)

---

**WE**   
**SPORTS**®

**Telefonnummer**

063-663 11 11

**Mail**

info@weandsports.se

**Adress**

Kungsgården 111

832 96 FRÖSÖN