

Egen vårdbegäran Akademiska sjukhuset

Om du som vårdnadshavare önskar komma i kontakt med enheten för bedömning och behandling av misstänkt ätstörning ber vi dig fylla i detta formulär. För att kunna bedöma er egenanmälan önskar vi även att du kompletterar med längd- och viktkurvor, dessa finns hos skolhälsovården och du som vårdnadshavare kan kontakta skolsköterskan för att be om dem. Du kan förvänta dig besked inom 10 arbetsdagar från det att egenanmälan inkommit, skulle du mot förmodan inte ha hört något efter den tiden så hör av dig till enheten.

Vårdbegäran skickas till Akademiska sjukhuset, Barn- och ungdomspsykiatriska ätstörningsenheten, ingång 10, 2tr, 751 85 Uppsala. Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

Uppgifter om barnet/ungdomen

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Förnamn
Gatuadress	Postnummer och postadress
Behov av tolk, språk	Skola, årskurs

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Namn	Namn
Adress	Adress
Telefonnummer	Telefonnummer

Beskriv barnet/ungdomens aktuella ätstörning
--

Beskriv vad barnet/ungdomen äter under en vanlig dag
Frukost
Mellanmål
Lunch
Mellanmål
Middag
Kvällsmål

Aktuell vikt	Aktuell längd
--------------	---------------

Om barnet/ungdomen har mens, hur fungerar den?	Regelbundet	Oregelbundet	Inte alls
Om oregelbundet eller inte alls, hur länge har det varit så?			
Använder barnet/ungdomen för närvarande p-piller?	Ja	Nej	

Har barnet/ungdomen ökat/minskat i vikt de senaste månaderna?	Ja, minskat	kg	Ja, ökat	kg	Nej
Hur mycket har barnet/ungdomen vägt som mest?					
Har barnet/ungdomen de senaste månaderna hållit igen på maten i syfte att gå ner i vikt eller bli smalare?			Ja		Nej

Händer det att barnet/ungdomen förlorar kontrollen över sitt ätande och äter en väldigt stor mängd mat?
<p>Ja, ofta (minst 2 gånger/vecka)</p> <p>Ja, ibland (färre än 2 gånger/vecka men minst 1 gång/månad)</p> <p>Ja, sällan</p> <p>Nej</p> <p>Vet ej</p>

Händer det att barnet ungdomen försöker göra sig av med maten genom att till exempel kräkas eller ta laxermedel?
<p>Ja, ofta (minst 2 gånger/vecka)</p> <p>Ja, ibland (färre än 2 gånger/vecka men minst 1 gång/månad)</p> <p>Ja, sällan</p> <p>Nej</p> <p>Vet ej</p>

Händer det att barnet/ungdomen försöker kontrollera sin vikt genom att motionera hårt, hålla en sträng diet eller till och med fasta periodvis?
<p>Ja, ofta</p> <p>Ja, ibland</p> <p>Nej</p>

Hur gammal var barnet/ungdomen när problemen började?

Går barnet/ungdomen för närvarande i en annan behandling, till exempel hos ungdomsmottagningen, BUP eller barnspecialistmottagningen.
<p>Ja</p> <p>Nej</p> <p>Var?</p>

Har barnet/ungdomen tidigare gått i behandling för ätstörning, till exempel annan ätstörningsenhet, BUP, psykiatrimottagning?		
<p>Ja</p> <p>Nej</p> <p>Var?</p>		
Om ja, samtycker du till att vi kontaktar dem om vi behöver samplanera barnet/ungdomens vård?	Ja	Nej



Har barnet/ungdomen någon somatisk sjukdom?

Ja

Nej

Övrigt

Underskrift

Datum

Namn vårdnadshavare