



Ätstörningsmottagningen

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

| | | |
|---|--|---------------------------|
| Namn | | Personnummer |
| Gatuadress | | Postnummer och postadress |
| Telefon hem/mobiltelefon | | Vårdcentral |
| Lämna en kort beskrivning av dina problem kring ätande, kropp och vikt samt eventuella psykiatriska och kroppsliga besvär/symtom. | | |
| Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | |
| Mottagning och årtal: | | |
| Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | | |
| Sjukdom: | | |
| Ytterligare upplysningar | | |
| Tolk? Ange vilket språk: | | |

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.

Blanketten skickas till nedanstående adress:

Ätstörningsmottagningen
Eriksbergsgatan 4
701 85 Örebro