

Remiss till ätstörningsklinik

Personnummer Namn	Remittent Namn: Telefon: E-post: Remitterande enhet:
Remiss till (namn och adress på vårdenheten)	Remissdatum
Remissen mottagen (datum)	
Preliminärdiagnos	
Aktuella ätstörningssymtom	
Matanamnes	
Framkallar patienten kräkningar i samband med måltid?	
Är patienten rädd för att sluta äta när han/hon börjat?	
Beskrivning av ätstörningsutvecklingen	

När började första ätstörningssymtomen?	
Aktuell medicinering	
Aktuell vikt: Aktuell längd: Vikt före insjuknandet: Hur stor är viktnedgången den senaste månaden?	Somatisk påverkan: Har menstruationen bortfallit?
Kopia på labsvar bifogad "	Längd och viktkurva bifogad "
Psykisk status/psykiatriska symtom	
Kort beskrivning av patientens sociala situation	
Namn och kontaktuppgifter för vårdnadshavare om patienten är minderårig	