

- Har patienten symptom förenliga med en specifik eller ospecifik (UNS) ätstörning enl DSM-IV?  Nej  Ja
- Har ni (kliniken/enheten) för avsikt att behandla patienten?  Nej  Ja
- Har patienten\* blivit informerad om RIKSÄT och givit sitt muntliga medgivande till att uppgifter om henne/honom registreras?  Nej  Ja
- Se instruktion gällande omyndiga patienter på omstående sida

**Om svaret på någon av dessa frågor är "Nej" är en registrering inte möjlig.**

Patientens personnummer (6 + 4 siffror)

						-					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Patientens namn och fullständiga adress

Förnamn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Efternamn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Utdelningsadress

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Postnummer

--	--	--	--	--	--

Utdelningsort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nedanstående datumuppgifter gäller aktuell behandlingsepisod vid kliniken/enheten

1. Anmälnings-/remissdatum (åååå-mm-dd)

				-			-			
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

2. Datum för första besök (åååå-mm-dd)

				-			-			
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

3. Datum för planerad behandlingsstart (åååå-mm-dd)

				-			-			
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

## Ny behandling för ätstörning

4. Patientens aktuella ätstörningsdiagnos (DSM-IV Axel I)

Anorexia nervosa (307.1)

med enbart självsvält

med hetsätning och/eller självrensning

Bulimia nervosa (307.51)

med självrensning

utan självrensning

Ätstörning UNS (307.50)

Typ 1 eller 2

Typ 3

Typ 4 eller 5

Typ 6 (Hetsätningsstörning)

Annat

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Patientens ålder vid första ätstörningssymptom (uttryck i år)

--	--

6. Patientens aktuella vikt (kg)

				,		
--	--	--	--	---	--	--

7. Patientens aktuella längd (cm)

--	--	--

8. Finns det en eller flera faktorer som uppenbart är komplicerande för behandlingen?

Nej

Ja, av psykiatrisk karaktär (*t.ex. depression*)

Ja, av somatisk karaktär (*t.ex. mag-/tarmsjukdom*)

Ja, av social karaktär (*t.ex. föräldrar ligger i skilsmässa*)

9. Skatta här patientens aktuella funktionsförmåga enligt Global Funktionsskattningsskala (GAF-skalan)

--	--

