



Pasientdata

Navn _____

Fødselsnr.
(11 siffer)



Skjemaet inneholder spørsmål om bakgrunnsopplysninger. Vi ber deg om å svare på spørsmålene så godt du kan. Om det er vanskelig for deg å svare på noen av spørsmålene, kan du ta det opp med din behandler.

Der ikke annet er spesifisert, sett ett kryss, eller fyll inn tall der det er relevant. Stjerne (*) indikerer obligatoriske spørsmål.

Pasientbakgrunn

1. Sivilstatus *

Ugift

Samboer

Gift

Skilt/
separert

Enke/
enkemann

2. Antall egne barn *

barn

3. Bostatus *

Bor alene

(Inkludert alene med
barn under 18 år)

Bor med noen

(Partner og/eller barn over 18 år,
bofellesskap, venner)

Bor på institusjon/ sykehjem

(Fast plass, ikke kortidsopphold. Gjelder
også der egen bolig er døgnbemannet)

4. Utdanning*

Ingen
utdanning

Grunnskole

Videregående

(1-3 år)

Universitet/
Høyskole

(mindre enn 4 år)

Universitet/
Høyskole

(4 år eller mer)

6. Arbeidsstatus *

I arbeid

Ikke i
arbeid

Alders-
pensjonist

Under utdanning/
studerer

**7. Hovedinntekt ***

Velg det alternativet som best beskriver grunnlag for livsopphold i nåværende situasjon.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeidsinntekt | <input type="checkbox"/> Stipend/lån |
| <input type="checkbox"/> Sykepenger/trygd/pensjon | <input type="checkbox"/> Kursstønad/lønn i arbeidsmarkedstiltak |
| <input type="checkbox"/> Blir forsørget | <input type="checkbox"/> Andre inntekter |
| <input type="checkbox"/> Sosialhjelp | |

Sykdomsbakgrunn8. Hvor gammel var du første gang du fikk problemer med kropp, vekt og/eller spising? * år9. Hva har din laveste vekt vært med nåværende høyde? Angi i hele kg. * kg9a. Hvor gammel var du da? * år10. Hva har din høyeste vekt vært med nåværende høyde? Angi i hele kg. * kg10a. Hvor gammel var du da? * år11. Har noen andre i din familie en spiseforstyrrelse eller har hatt en spiseforstyrrelse? * Nei Ja Vet ikke12. Har du tidligere mottatt behandling for din spiseforstyrrelse? * Nei Ja

12a. Hos hvilke(n) instans(er)? Sett ett eller flere kryss. *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primærhelsetjenesten | For eksempel fastlege/primærlege, helsesøster eller oppfølgingstjeneste. |
| <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten | For eksempel voksenpsykiatrisk poliklinikk, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller privatpraktiserende spesialist. |
| <input type="checkbox"/> Spesialisert enhet for spiseforstyrrelser | |
| <input type="checkbox"/> Annen instans | |

12b. Har du etter fylte 16 år vært tvangsinnlagt etter Lov om psykisk helsevern for din spiseforstyrrelse? * Nei Ja Vet ikke12c. Hvor gammel var du første gang du mottok behandling for din spiseforstyrrelse? * år12d. Hvor lang tid (år og måneder) gikk det fra du ble syk til du fikk behandling? *
Gikk det for eksempel 6 måneder, skriv 0 i feltet for år og 6 i feltet for måneder. Gikk det for eksempel 1 år og 6 måneder, legg inn 1 i feltet for år og 6 i feltet for måneder. år mnd

**Somatiske opplysninger** Besvares kun av jenter/kvinner. Gutter/menn, gå til spørsmål 17.

13. Har du noen gang hatt menstruasjon? * Nei Ja
14. Har du hatt regelmessig menstruasjon de siste 3 månedene? * Nei Ja
15. Bruker du P-piller eller annen medikamentell prevensjon? * Nei Ja
16. Er du gravid? * Nei Ja Vet ikke

Negative hendelser

17. Har du noen gang vært utsatt for fysisk mishandling? Nei Ja
18. Har du noen gang vært utsatt for psykisk mishandling? Nei Ja
19. Har du noen gang vært utsatt for misbruk/overgrep? Nei Ja
20. Har du noen gang vært utsatt for mobbing? Nei Ja

Øvrig atferd

21. Har du tidligere skadet deg selv med vilje? (Mer enn ett år siden.) Nei Ja
22. Har du skadet deg selv med vilje i løpet av det siste året? Nei Ja
23. Har du tidligere forsøkt å ta ditt eget liv? (Mer enn ett år siden.) Nei Ja
24. Har du i løpet av det siste året forsøkt å ta ditt eget liv? Nei Ja
25. Har du nå et misbruk/avhengighet av alkohol, illegale rusmidler eller medikamenter? Nei Ja