



Pasientdata

Navn

Fødselsnr.
(11 siffer)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



I dette skjemaet blir du bedt om å gi din vurdering av behandlingen du har mottatt med tanke på spiseforstyrrelsen. I tillegg inneholder skjemaet spørsmål om involvering av andre, og om kontakt med brukerorganisasjoner.

Les gjennom spørsmålene og besvar dem så godt du kan.

Spørsmål 1

Ønsket du at andre i familien eller nær venn skulle bli involvert i din behandling?

Nei Ja

Spørsmål 2

Ble familien eller nær venn involvert i behandlingen?

Nei Ja

Spørsmål 3

Hvordan vurderer du utfallet av mottatt behandling? Sett ett kryss.

Ikke noe
problem lenger

Klar bedring

Noe bedring

Uendret

Forverring

Spørsmål 4

Har du noen gang hatt kontakt med brukerorganisasjoner som for eksempel ROS og SPISFO?

Nei Ja

Spørsmål 5

Har du fått informasjon om tilbudet fra brukerorganisasjoner som ROS og SPISFO i løpet av behandlingen?

Nei Ja