

**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.

Sykdomsbakgrunn

8. Hvor gammel var du første gang du fikk problemer med kropp, vekt og/ eller spising? *

 år

9. Hva har din laveste vekt vært med nåværende høyde? Angi i hele kg. *

 kg

9a. Hvor gammel var du da? *

 år

10. Hva har din høyeste vekt vært med nåværende høyde? Angi i hele kg. *

 kg

10a. Hvor gammel var du da? *

 år

11. Har noen andre i din familie en spiseforstyrrelse eller har hatt en spiseforstyrrelse? *

 Nei Ja Vet ikke

12. Har du tidligere mottatt behandling for din spiseforstyrrelse? *

 Nei Ja

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

- Primærhelsetjenesten For eksempel fastlege/primærlege, helsesøster eller oppfølgingstjeneste.
- Spesialisthelsetjenesten For eksempel voksenpsykiatrisk poliklinikk, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller privatpraktiserende spesialist.
- Spesialisert enhet for spiseforstyrrelser
- Annen instans

12c. Hvor gammel var du første gang du mottok behandling for din spiseforstyrrelse? *

 år

12d. 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 Ja14. Har du hatt regelmessig menstruasjon de siste 3 månedene? * Nei JaDe neste to spørsmålene besvares kun av jenter/kvinner på 15 år og eldre. Jenter/kvinner under 15 år, gå til spørsmål 17.15. Bruker du P-piller eller annen medikamentell prevensjon? * Nei Ja16. Er du gravid? * Nei Ja Vet ikke**Negative hendelser**17. Har du noen gang vært utsatt for fysisk mishandling? Nei Ja18. Har du noen gang vært utsatt for psykisk mishandling? Nei Ja19. Har du noen gang vært utsatt for misbruk/overgrep? Nei Ja20. 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 Ja22. Har du skadet deg selv med vilje i løpet av det siste året? Nei Ja23. Har du tidligere forsøkt å ta ditt eget liv? (Mer enn ett år siden.) Nei Ja24. Har du i løpet av det siste året forsøkt å ta ditt eget liv? Nei Ja25. Har du nå et misbruk/avhengighet av alkohol, illegale rusmidler eller medikamenter? Nei Ja