



# Mandoleankliniken Egenanmälan

Fyll i formuläret så noggrant som möjligt och skicka till: **Mandolean AB, Box 4006, S-141 04 HUDDINGE**

Din anmälan registreras hos oss och vi kontaktar Dig när den är behandlad.

*OBS: Intresseanmälan leder inte automatiskt till inskrivning på Mandoleankliniken. Om Du är i behov av att snabbt komma i kontakt med oss är Du välkommen att ringa på tel: 08- 12 20 96 00*

Namn:		Dagens datum:	
Ålder:		<input type="checkbox"/> kvinna <input type="checkbox"/> Man	
		Pers.nr:	

Tel.nr	Hem:	Arbete:	Mobil:	
Adress	Gata:	Post.nr:	Postort:	
E-post:				

Försäkringsbolag:	
Din läkares namn:	Tel.nr/Mobil:
<i>Om du är yngre än 18 år:</i>	
Din mammas namn:	Tel.nr/Mobil:
Din pappas namn:	Tel.nr/Mobil:

1. Hur lång är Du? \_\_\_\_\_ cm.

2. Hur mycket väger Du? \_\_\_\_\_ kg.    BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>    *BMI: Kroppsvikt i kg/(kroppslängd i cm x kroppslängd i cm)*

3. Har Din kroppsvikt förändrats under senaste året?

- Nej, jag har stått stilla i vikt  
 Ja, jag har ökat i vikt  
 Ja, jag har minskat i vikt  
 Ja, jag har gått upp och ner i vikt

4. Om ja, hur mycket har Du ökat och/eller minskat i vikt under det senaste året?

- 5 kg eller mindre     6-10 kg     11 kg eller mer

5. Har Du kroppsliga besvär?

- nej  
 ja: \_\_\_\_\_

6. Om du är kvinna, har Du menstruation?

- regelbundet  
 oregelbundet  
 menstruationen har upphört  
 aldrig haft mens

7. Tar Du regelbundet någon medicin?

- nej  
 ja: \_\_\_\_\_

8. Ange Din vilopuls: \_\_\_\_\_ slag/minut

(Sitt/eller ligg ner i tio minuter, därefter tas pulsen genom fingertryck på pulsådern strax ovanför handloven. Använd en klocka med sekundvisare.)

9. Hur många minuter tränar/springer/promenerar Du i genomsnitt per dag?

\_\_\_\_\_minuter

10. Har någon allvarlig "livshändelse" (ex skilsmässa, dödsfall) inträffat i Din familj under det senaste året?

- nej  
 ja: \_\_\_\_\_

11. Vad är Din önskade vikt? \_\_\_\_\_ kg.

12. Hur länge har Du haft problem med mat?

\_\_\_\_\_

13. Hur ser Ditt vanliga överättningsmönster ut?

- överäter varje dag  
 överäter huvudsakligen vid veckosluten  
 överäter i perioder, dessemellan äter jag regelbundet  
 överäter i perioder, dessemellan fastar jag

14. Är Du rädd för att inte kunna sluta äta då Du börjat?

- ja       nej

15. Har det hänt att Du kräcks upp maten efter att Du ätit?

- aldrig  
 ja, någon enstaka gång  
 ja, regelbundet

16. Hur ser Ditt vanliga hetsättningsmönster (snabb och okontrollerad konsumtion av stora mängder mat) ut?

- hetsäter ej  
 hetsäter så gott som dagligen  
 hetsäter i perioder dessemellan fastar/bantar/svälter jag  
 hetsäter i perioder, dessemellan äter jag regelbundet

17. Har Du besökt läkare eller sjukhus för Dina överviktsproblem?

- nej  
 ja: \_\_\_\_\_

18. Står Du f.n. i kö till behandling vid någon annan överviktsklinik/mottagning?

- Ja, jag har sökt till: \_\_\_\_\_  
 Nej, men jag planerar att söka till: \_\_\_\_\_

När: \_\_\_\_\_

- Nej, jag har inte sökt behandling vid någon annan överviktsklinik/mottagning.

19. Övrigt: