

**EGENANMÄLAN TILL MARTINA CENTRUM FÖR VIKTHÄLSA**

Namn och personnummer: .....

Längd: ..... Vikt: ..... Datum: .....

Neuropsykiatriska diagnoser: .....

.....

Annat sjukdom, syndrom eller nedsättning: .....

.....

Tidigare erfarenhet av viktbehandling: .....

.....

Hereditet (ärftlighet):

	Mamma	Pappa	Mormor	Morfar	Farmor	Farfar
Fetma						
Hjärtinfarkt						
Stroke						
Diabetes						
Högt blodtryck						
Höga blodfetter						
Hormonell sjukdom						
Gastric bypass/ sleeveoperation						

Fritext:

Skickas i pappersform till:

Barnsjukhuset Martina, Centrum för Vikthälsa  
Valhallavägen 91F,  
114 28 Stockholm

Bifoga tillväxtkurvor från BHV eller skolhälsovården.