

Medicinskt inskrivningsformulär - Obesitasbehandling

Vänligen ta med detta formulär ifyllt till ert första besök

Datum.....

Barnets namn och personnummer:

Mor längd: Far längd:

Socialt: Samboende föräldrar? Syskon?

Ärftlighet

Har någon av följande personer någon av följande sjukdomar (ange debutålder i rutan).

	Mamma	Pappa	Mormor	Morfar	Farmor	Farfar
Övervikt						
Fetma						
Hjärtinfarkt						
Stroke						
Diabetes						
Högt blodtryck						
Höga blodfetter						
Hormonell sjukdom						
Fetmakirurgi ex. gastric bypass/sleeveoperation						
Ätstörning ex. bulimi						
Neuropsykiatrisk diagnos ex. ADHD/autism						

Röker någon i familjen?

Ja	
Nej	

Finns det något pågående missbruk i familjen? (alkohol, narkotika, läkemedel, doping)

Ja	
Nej	

Födelse och utveckling

Födelsevikt

Födelselängd

Amning (månader)

Hur lång var graviditeten ?

Född före vecka 36		Född vecka 37 - 42		Födda efter vecka 42	
--------------------	--	--------------------	--	----------------------	--

Har/hade barnet några svårigheter under förskoleåldern? (kryssa för)

Koncentrationssvårigheter	
Överaktivitet	
Inlärningssvårigheter	
Sen utveckling	
Komplicerade kamratrelationer eller liknande	

Har ditt barn en neuropsykiatriskdiagnos?

ADHD	
ADD	
Autism	
Annan	

Hälsotillstånd och historik av övervikt/fetma

Vid vilken ålder upptäcktes övervikt hos barnet

Har ni haft kontakt med sjukvården med anledning av övervikten/fetman? (kryssa för och skriv år)

BVC	
Skolsköterska/läkare	
BUMM	
Dietist	
Annan	

Var:

Pubertetsutveckling

- Om du har en dotter, har hon fått menstruation? Ja Nej

Om ja;

- Hur gammal var hon när hon fick den första gången?.....
- Är menstruationen regelbunden? Ja Nej

Tidigare/nuvarande sjukdomar

Har barnet någon/några kroniska sjukdomar/tillstånd? (kryssa för)

Astma	
Diabetes	
Ledbesvär	
Magbesvär	
Sömnstörning, snarkar	
Medicinerar	
Vårdats på sjukhus	