

Pasientdagbok

Fyll ut skjemaet og klikk på «Lagre» hver gang du legger til ny informasjon. Trykk på «Skriv ut» for å skrive ut pasientdagboken når du skal til legen.



Lagre



Skriv ut

Navn:

	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Dato (eks.: 18.02.16)							
Vekt							
Smerter (0 -10) 0 = ingen smerte 10 = verst tenkelig smerte							
Hvordan fungerer du i hverdagen? (1-5) 1 = dårlig 5 = svært bra							
Antall avføringer Antall avføringer (1-10)							
Konsistens (1-5) 1 = veldig hard eller forstoppet 5 = vandig og fettete							
Enzymdose. Angi hvor mange kapsler og i hvilken styrke (1/2/3 x 25 000 eller 1/2/3 x 40 000)							
Frokost							
Formiddagsmat							
Lunsj							
Ettermiddagsmat							
Middag							
Kveldsmat							
Har du spist uvanlig mye fettrik mat i dag? Ja/nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du spist mer enn du pleier i dag? Ja/nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Pasientdagbok

Fyll ut skjemaet og klikk på «Lagre» hver gang du legger til ny informasjon. Trykk på «Skriv ut» for å skrive ut pasientdagboken når du skal til legen.



Lagre



Skriv ut

Navn:

	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Dato (eks.: 18.02.16)							
Vekt							
Smerter (0 -10) 0 = ingen smerte 10 = verst tenkelig smerte							
Hvordan fungerer du i hverdagen? (1-5) 1 = dårlig 5 = svært bra							
Antall avføringer Antall avføringer (1-10)							
Konsistens (1-5) 1 = veldig hard eller forstoppet 5 = vandig og fettete							
Enzymdose. Angi hvor mange kapsler og i hvilken styrke (1/2/3 x 25 000 eller 1/2/3 x 40 000)							
Frokost							
Formiddagsmat							
Lunsj							
Ettermiddagsmat							
Middag							
Kveldsmat							
Har du spist uvanlig mye fettrik mat i dag? Ja/nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du spist mer enn du pleier i dag? Ja/nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Pasientdagbok

Fyll ut skjemaet og klikk på «Lagre» hver gang du legger til ny informasjon. Trykk på «Skriv ut» for å skrive ut pasientdagboken når du skal til legen.



Lagre



Skriv ut

Navn:

	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Dato (eks.: 18.02.16)							
Vekt							
Smerter (0 -10) 0 = ingen smerte 10 = verst tenkelig smerte							
Hvordan fungerer du i hverdagen? (1-5) 1 = dårlig 5 = svært bra							
Antall avføringer Antall avføringer (1-10)							
Konsistens (1-5) 1 = veldig hard eller forstoppet 5 = vandig og fettete							
Enzymdose. Angi hvor mange kapsler og i hvilken styrke (1/2/3 x 25 000 eller 1/2/3 x 40 000)							
Frokost							
Formiddagsmat							
Lunsj							
Ettermiddagsmat							
Middag							
Kveldsmat							
Har du spist uvanlig mye fettrik mat i dag? Ja/nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du spist mer enn du pleier i dag? Ja/nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Pasientdagbok

Fyll ut skjemaet og klikk på «Lagre» hver gang du legger til ny informasjon. Trykk på «Skriv ut» for å skrive ut pasientdagboken når du skal til legen.



Lagre



Skriv ut

Navn:

	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Dato (eks.: 18.02.16)							
Vekt							
Smerter (0 -10) 0 = ingen smerte 10 = verst tenkelig smerte							
Hvordan fungerer du i hverdagen? (1-5) 1 = dårlig 5 = svært bra							
Antall avføringer Antall avføringer (1-10)							
Konsistens (1-5) 1 = veldig hard eller forstoppet 5 = vandig og fettete							
Enzymdose. Angi hvor mange kapsler og i hvilken styrke (1/2/3 x 25 000 eller 1/2/3 x 40 000)							
Frokost							
Formiddagsmat							
Lunsj							
Ettermiddagsmat							
Middag							
Kveldsmat							
Har du spist uvanlig mye fettrik mat i dag? Ja/nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du spist mer enn du pleier i dag? Ja/nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei