

Behandlingsdagbog

Udfyld skemaet og tryk på Gem-ikonet når du har tilføjet noget nyt.
Tryk på Print-ikonet for at printe behandlingsdagbogen når du skal til læge.



Gem



Print

Navn:

	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Dato (eks.: 18.06.15)							
Vægt							
Smerter (0 -10) 0 = ingen smerte 10 = værst tænkelig smerte							
Hvordan fungerer din hverdag (1-5) 1 = Dårligt 5 = Særdeles godt							
Antal afføringer Antal afføringer (1-10)							
Konsistens (1-5) 1 = Meget hård eller forstoppet 5 = Vandig og fedtet							

Enzym-dosis. Angiv hvor mange kapsler i hvilken styrke 1/2/3 x 25.000 eller 1/2/3 x 40.000

Morgenmad							
Formiddag							
Frokost							
Eftermiddag							
Aftensmad							
Sen aften							
Har du spist usædvanlig fedtholdigt i dag ? ja/nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du spist usædvanlig meget mad i dag ? ja/nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Behandlingsdagbog

Udfyld skemaet og tryk på Gem-ikonet når du har tilføjet noget nyt.
Tryk på Print-ikonet for at printe behandlingsdagbogen når du skal til læge.



Gem



Print

Navn:

	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Dato (eks.: 18.06.15)							
Vægt							
Smerter (0 -10) 0 = ingen smerte 10 = værst tænkelig smerte							
Hvordan fungerer din hverdag (1-5) 1 = Dårligt 5 = Særdeles godt							
Antal afføringer Antal afføringer (1-10)							
Konsistens (1-5) 1 = Meget hård eller forstoppet 5 = Vandig og fedtet							

Enzym-dosis. Angiv hvor mange kapsler i hvilken styrke 1/2/3 x 25.000 eller 1/2/3 x 40.000

Morgenmad							
Formiddag							
Frokost							
Eftermiddag							
Aftensmad							
Sen aften							
Har du spist usædvanlig fedtholdigt i dag ? ja/nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du spist usædvanlig meget mad i dag ? ja/nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Behandlingsdagbog

Udfyld skemaet og tryk på Gem-ikonet når du har tilføjet noget nyt.
Tryk på Print-ikonet for at printe behandlingsdagbogen når du skal til læge.



Gem



Print

Navn:

	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Dato (eks.: 18.06.15)							
Vægt							
Smerter (0 -10) 0 = ingen smerte 10 = værst tænkelig smerte							
Hvordan fungerer din hverdag (1-5) 1 = Dårligt 5 = Særdeles godt							
Antal afføringer Antal afføringer (1-10)							
Konsistens (1-5) 1 = Meget hård eller forstoppet 5 = Vandig og fedtet							

Enzym-dosis. Angiv hvor mange kapsler i hvilken styrke 1/2/3 x 25.000 eller 1/2/3 x 40.000

Morgenmad							
Formiddag							
Frokost							
Eftermiddag							
Aftensmad							
Sen aften							
Har du spist usædvanlig fedtholdigt i dag ? ja/nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du spist usædvanlig meget mad i dag ? ja/nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Behandlingsdagbog

Udfyld skemaet og tryk på Gem-ikonet når du har tilføjet noget nyt.
Tryk på Print-ikonet for at printe behandlingsdagbogen når du skal til læge.



Gem



Print

Navn:

	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Dato (eks.: 18.06.15)							
Vægt							
Smerter (0 -10) 0 = ingen smerte 10 = værst tænkelig smerte							
Hvordan fungerer din hverdag (1-5) 1 = Dårligt 5 = Særdeles godt							
Antal afføringer Antal afføringer (1-10)							
Konsistens (1-5) 1 = Meget hård eller forstoppet 5 = Vandig og fedtet							

Enzym-dosis. Angiv hvor mange kapsler i hvilken styrke 1/2/3 x 25.000 eller 1/2/3 x 40.000

Morgenmad							
Formiddag							
Frokost							
Eftermiddag							
Aftensmad							
Sen aften							
Har du spist usædvanlig fedtholdigt i dag ? ja/nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du spist usædvanlig meget mad i dag ? ja/nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej