Vallentuna vårdenhet
REGION STOCKHOLM

Fyll i blanketten inför ditt besök hos gynekologen vid inkontinensproblem

DYGN 1

NAMN……

PERSONNUMMER……

Datum……

☐ Arbete ☐ Ledig

Återspeglar listan ditt normala vätskeintag och antal toalettbesök? ☐ JA ☐ Nej

Klockslag	Intag vätska (dl)	Blåstömning (dl)	Trängning (skala 1-3)	Läckagemängd kryssa x,xx,xxx	Aktivitet

DYGN 2

NAMN…….

PERSONNUMMER…….

Datum…….

☐ Arbete ☐ Ledig

Återspeglar listan ditt normala vätskeintag och antal toalettbesök? ☐ JA ☐ Nej

Klockslag	Intag vätska (dl)	Blåstömning (dl)	Trängning (skala 1-3)	Läckagemängd kryssa x,xx,xxx	Aktivitet