

# 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                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Dato</b> (eks.: 18.06.15)                                                                      |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Vægt</b>                                                                                       |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Smerter (0 -10)</b><br>0 = ingen smerte<br>10 = værst tænkelig smerte                          |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Hvordan fungerer din hverdag (1-5)</b><br>1 = Dårligt<br>5 = Særdeles godt                     |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Antal afføringer</b><br>Antal afføringer (1-10)                                                |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Konsistens (1-5)</b><br>1 = Meget hård eller forstoppet<br>5 = Vandig og fedtet                |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Enzym-dosis. Angiv hvor mange kapsler i hvilken styrke 1/2/3 x 25.000 eller 1/2/3 x 40.000</b> |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Morgenmad                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Formiddag                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Frokost                                                                                           |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Eftermiddag                                                                                       |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Aftensmad                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Sen aften                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Har du spist usædvanlig fedtholdigt i dag ? ja/nej</b>                                         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej |
| <b>Har du spist usædvanlig meget mad i dag ? ja/nej</b>                                           | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><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                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Dato</b> (eks.: 18.06.15)                                                                      |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Vægt</b>                                                                                       |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Smerter (0 -10)</b><br>0 = ingen smerte<br>10 = værst tænkelig smerte                          |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Hvordan fungerer din hverdag (1-5)</b><br>1 = Dårligt<br>5 = Særdeles godt                     |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Antal afføringer</b><br>Antal afføringer (1-10)                                                |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Konsistens (1-5)</b><br>1 = Meget hård eller forstoppet<br>5 = Vandig og fedtet                |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Enzym-dosis. Angiv hvor mange kapsler i hvilken styrke 1/2/3 x 25.000 eller 1/2/3 x 40.000</b> |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Morgenmad                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Formiddag                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Frokost                                                                                           |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Eftermiddag                                                                                       |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Aftensmad                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Sen aften                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Har du spist usædvanlig fedtholdigt i dag ? ja/nej</b>                                         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej |
| <b>Har du spist usædvanlig meget mad i dag ? ja/nej</b>                                           | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><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                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Dato</b> (eks.: 18.06.15)                                                                      |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Vægt</b>                                                                                       |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Smerter (0 -10)</b><br>0 = ingen smerte<br>10 = værst tænkelig smerte                          |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Hvordan fungerer din hverdag (1-5)</b><br>1 = Dårligt<br>5 = Særdeles godt                     |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Antal afføringer</b><br>Antal afføringer (1-10)                                                |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Konsistens (1-5)</b><br>1 = Meget hård eller forstoppet<br>5 = Vandig og fedtet                |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Enzym-dosis. Angiv hvor mange kapsler i hvilken styrke 1/2/3 x 25.000 eller 1/2/3 x 40.000</b> |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Morgenmad                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Formiddag                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Frokost                                                                                           |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Eftermiddag                                                                                       |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Aftensmad                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Sen aften                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Har du spist usædvanlig fedtholdigt i dag ? ja/nej</b>                                         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej |
| <b>Har du spist usædvanlig meget mad i dag ? ja/nej</b>                                           | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><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                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Dato</b> (eks.: 18.06.15)                                                                      |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Vægt</b>                                                                                       |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Smerter (0 -10)</b><br>0 = ingen smerte<br>10 = værst tænkelig smerte                          |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Hvordan fungerer din hverdag (1-5)</b><br>1 = Dårligt<br>5 = Særdeles godt                     |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Antal afføringer</b><br>Antal afføringer (1-10)                                                |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Konsistens (1-5)</b><br>1 = Meget hård eller forstoppet<br>5 = Vandig og fedtet                |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Enzym-dosis. Angiv hvor mange kapsler i hvilken styrke 1/2/3 x 25.000 eller 1/2/3 x 40.000</b> |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Morgenmad                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Formiddag                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Frokost                                                                                           |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Eftermiddag                                                                                       |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Aftensmad                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| Sen aften                                                                                         |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |                                                             |
| <b>Har du spist usædvanlig fedtholdigt i dag ? ja/nej</b>                                         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej |
| <b>Har du spist usædvanlig meget mad i dag ? ja/nej</b>                                           | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nej |