

Urinläckagemätningslista för utskrift

Noteringsblankett för urinläckagemätning inför dispensansökan för inkontinenshjälpmedel eller engångsunderlägg.

Datum

Mätning nr

Mätning nr

Mätning nr

.....

Har toalettbesök gjorts? Har toalettbesök gjorts? Har toalettbesök gjorts?

Ja

Ja

Ja

Nej

Nej

Nej

Tid när skyddet sätts på Tid när skyddet sätts på Tid när skyddet sätts på

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Skyddets vikt före användning

Skyddets vikt före användning

Skyddets vikt före användning

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Tid när skyddet tas av * Tid när skyddet tas av * Tid när skyddet tas av *

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Skyddets vikt efter användning

Skyddets vikt efter användning

Skyddets vikt efter användning

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Viktökning

Viktökning

Viktökning

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Orsak till läckage/kommentar

Orsak till läckage/kommentar

Orsak till läckage/kommentar

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Fanns avföring i skyddet?

Ja

Nej

Fanns avföring i skyddet?

Ja

Nej

Fanns avföring i skyddet?

Ja

Nej