Linköping

Elimination Miktion

Namn:	Personnummer:	Datum:

Anteckna elimination av urin

Datum	Kl.	Urin: KAD/Inkontinensskydd	Mängd	Kommentar	Sign

Urinläckage: Droppar: + Fuktigt:++ Vått:+++ Blad:_____

Linköping

Elimination Miktion

Datum	Kl.	Urin: KAD/Inkontinensskydd	Mängd	Kommentar	Sign

Urinläckage: Droppar: + Fuktigt:++ Vått:+++ Blad:_____