Navn: Dato:		Kontakt person sengeafsnit		Kæbe. Kir amb: spl		Dato:		
	Kl. 6 -8	Kl.10	Kl.12	Kl.14	Kl.16	Kl.18	Kl.20	Kl.22-24
Hvad har jeg spist:								
Skyllet mund efter måltid: Sæt X								
Hvad har jeg drukket: Glas / ml.								
Børstet tænder min. x 2: Sæt X								
Skyllet med Klorhexidin mundskyl morgen og aften: Sæt X								
Jeg har smurt mine læber: Sæt X								
Jeg har lavet øvelser: Sæt X								
Jeg har været i bad: Sæt X								
Jeg har taget smertestillende tbl. hver 6 time: Sæt X								
Jeg har brugt næsedråber: Sæt X								
Jeg har gået en tur i afd/udenfor: Sæt X								
Jeg har sovet/ hvilet: Sæt X								
Jeg har skiftet elastikker min. x 1 i døgnet: sæt X								