



Lägenhet:	Namn:	Födelsedata:	Höftmått:	Datum:
------------------	--------------	---------------------	------------------	---------------

Kl.	Toalett- besök		Vald produkt		Skyddets oanvända vikt (g)*	Skyddets använda vikt (g)	Skyddet togs av kl.	Viktför- ändring (g)	Läckage utanför skydd		Kommentar	Sign.
	Ja	Nej	Namn och storlek på skydd	Namn och storlek på byxa/underlägg	A	B		B minus A	Ja	Nej		

*Väg själv eller använd torrvikstabellen