

SOMNA UTPROVNINGS PROTOKOLL KEDJEFILT

Namn Datum

Ålder Diagnos

Användningsområden:

.....
.....
.....
.....

Tar du några mediciner, i så fall vilka?

.....
.....

INNAN UTPROVNING

Brukare / Anhörig / Personal - sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld



Rofylld

Motoriskt orolig



Lugn

Dålig

kroppsuppfattning



God

kroppsuppfattning

Spänd



Avslappnad

Övriga kommentarer:

.....
.....
.....
.....
.....

VECKA 1 MED KEDJEFILTEN

Vikt på Kedjefilt : 4 kg 5 kg 7 kg

Brukare / Anhörig / Personal - sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld



Rofylld

Motoriskt orolig



Lugn

Dålig

kroppsuppfattning



God

kroppsuppfattning

Spänd



Avslappnad

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VECKA 2 MED KEDJEFILTEN

Brukare / Anhörig / Personal - sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld



Rofylld

Motoriskt orolig



Lugn

Dålig

kroppsuppfattning



God

kroppsuppfattning

Spänd



Avslappnad

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VECKA 3 MED KEDJEFILTEN

Brukare / Anhörig / Personal - sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld



Rofylld

Motoriskt orolig



Lugn

Dålig



God

kroppsuppfattning

kroppsuppfattning

Spänd



Avslappnad

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VECKA 4 MED KEDJEFILTEN

Brukare / Anhörig / Personal - sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld



Rofylld

Motoriskt orolig



Lugn

Dålig



God

kroppsuppfattning

kroppsuppfattning

Spänd



Avslappnad

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Är det någon förändring i din medicinering till följd av användning av Kedjefilten?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Övriga kommentarer:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....