

# SOMNA® UTPROVNINGS PROTOKOLL KEDJEVÄST™

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

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Motoriskt orolig  Lugn

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Dålig kroppsuppfattning  God kroppsuppfattning

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Spänd  Avslappnad

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

## VECKA 1 MED KEDJEVÄST™

Storlek      110/122      128/140      146/158      S      M      L      XL

## Brukare / Anhörig / Personal – sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Rofylld
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Motoriskt orolig	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Lugn
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dålig kroppsuppfattning	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	God kroppsuppfattning
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Spänd	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Avslappnad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

## Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VECKA 2 MED KEDJEVÄST™

Brukare / Anhörig / Personal – sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Rofylld
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Motoriskt orolig	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Lugn
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dålig kroppsuppfattning	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	God kroppsuppfattning
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Spänd	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Avslappnad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VECKA 3 MED KEDJEVÄST™

Brukare / Anhörig / Personal – sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Rofylld
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Motoriskt orolig	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Lugn
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dålig kroppsuppfattning	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	God kroppsuppfattning
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Spänd	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Avslappnad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## VECKA 4 MED KEDJEVÄST™

Brukare / Anhörig / Personal – sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Rofylld
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Motoriskt orolig	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Lugn
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dålig kroppsuppfattning	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	God kroppsuppfattning
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Spänd	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Avslappnad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....