



Specialkost för personer med medicinsk behandling på särskilt boende

Enhet: _____

Avdelning: _____ Rums nr: _____ Initial på kund: _____

Kontaktperson: _____

Beställningen gäller från och med: _____ Ändrad/Avslutad: _____

Informationen om kosten är inhämtad av sjuksköterska: JA/NEJ: _____

Konsistensanpassad mat:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grov paté | <input type="checkbox"/> Timbal |
| <input type="checkbox"/> Flytande | <input type="checkbox"/> Tjockflytande |
| <input type="checkbox"/> Övrigt: _____ | |

Proteinreducerad kost:

- PR40

Information: _____

Övriga tillstånd; som skonkost, fett reducerat etc.

