

Urinmättningslista för RIK och ev. spontankiss

Datum:

FYLL I VID VARJE TILLFÄLLE DU UTFÖR RIK – EN LISTA PER DYGN

Tid	Mängd vid RIK (ml)	Spontankiss? (Ja/Nej + mängd)	Övrigt
-----	--------------------	-------------------------------	--------