



UTPROVNING AV KEDJETÄCKE® DAGTID

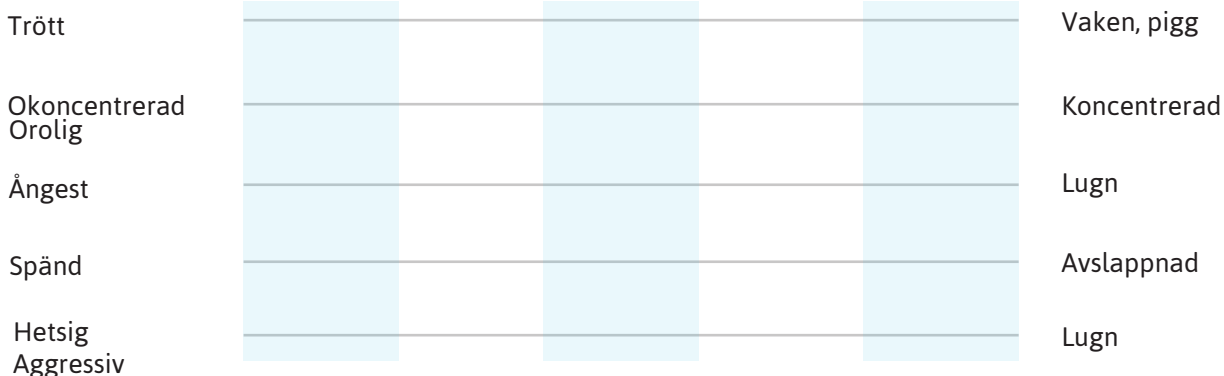
Modell _____ Datum _____

Namn _____ Ålder _____

Diagnos _____ Längd _____ Vikt _____
(Frivilligt) (Frivilligt) (Frivilligt)

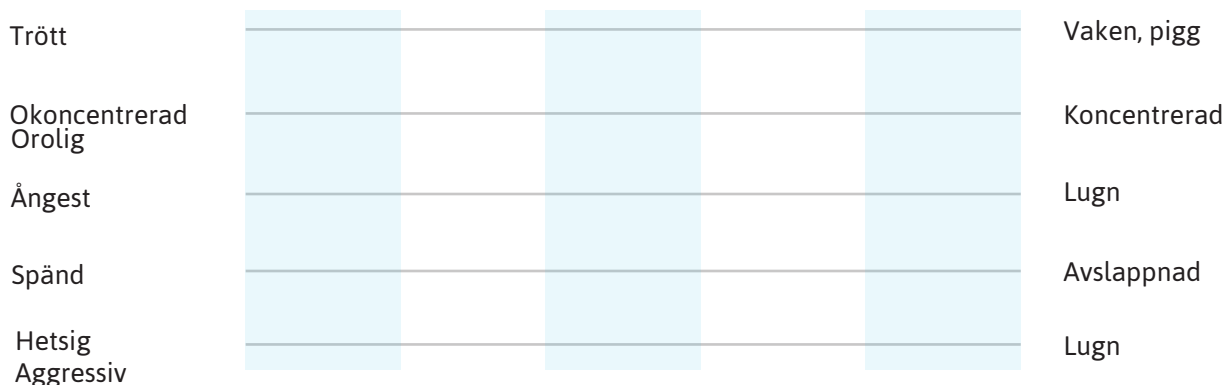
Innan utprovning
(Plats för kommentarer)

Innan utprovning - sätt ett kryss på skalan.



Efter 1 vecka med täcke
(Plats för kommentarer)

Efter 1 vecka med täcke - sätt ett kryss på skalan.

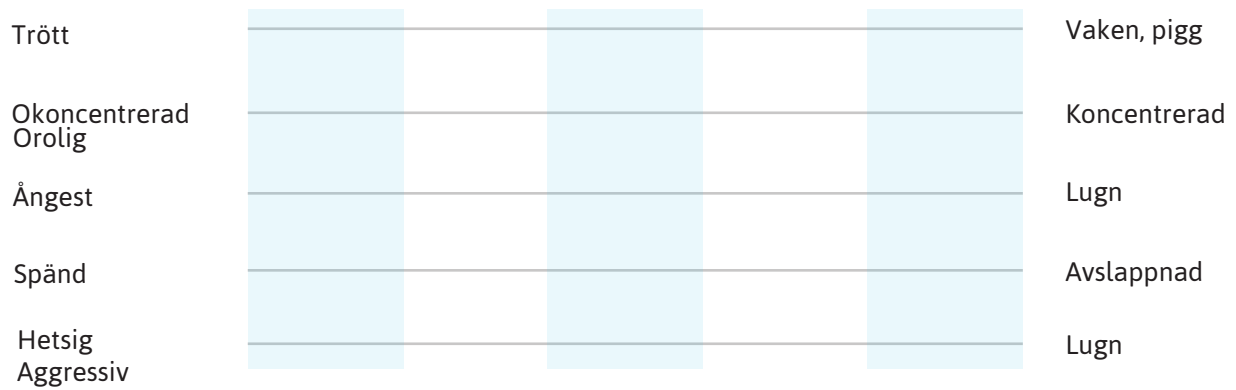




UTPROVNING AV KEDJETÄCKE® DAGTID

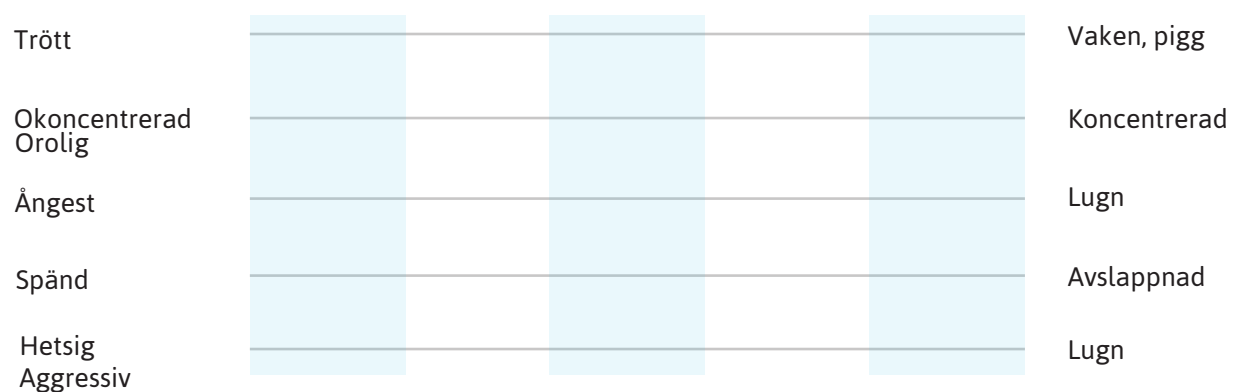
Efter 2 veckor med täcke
(Plats för kommentarer)

Efter 2 veckor med täcke - sätt ett kryss på skalan.



Efter 3 veckor med täcke
(Plats för kommentarer)

Efter 3 vecka med täcke - sätt ett kryss på skalan.





UTPROVNING AV KEDJETÄCKE® DAGTID

Efter 4 veckor med täcke
(Plats för kommentarer)

Efter 4 veckor med täcke - sätt ett kryss på skalan.

Trött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaken, pigg
Okoncentrerad Orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koncentrerad
Ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugn
Spänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avslappnad
Hetsig Aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugn

Sammanfattning
