



Namn: _____ Rumsnummer: _____

Datum: _____

Tid	Mat/ Dryck	Serverad mängd (dl, cl, ml, st)	Sign.	Uppäten mängd	Sign.
Frukost					
Mellanmål					
Lunch					
Mellanmål					
Middag					
Mellanmål/ Nattmål					
Summa kcal:			Summa vätska:		

