

7. Fysisk aktivitet:

Vardagsmotion i minuter/vecka: _____

Fysisk motion i minuter/vecka: _____

8. Matvanor:

- Fisk/Skaldjur _____ gånger/v
- Frukost dagligen
- Fukt/bär _____ gånger/v
- Grönsaker/Rotfrukter _____ gånger/v
- Sötsaker _____ gånger/v

9. Längd: _____ cm

10. Vikt: _____ kg

11. Har du smärta på grund av såret?

- Ja
- Nej

12. När har du upplevt sår-relaterad smärta? Kryssa för ett eller fler alternativ. 0 = Ingen smärta. 10 = Värsta tänkbara smärta.

- I Vila
010
- Dagtid
0 10
- Nattetid
010
- Under dagliga aktiviteter
0 10
- Efter förbandsbyte
0 10
- Vid rengöring av sår
0 10