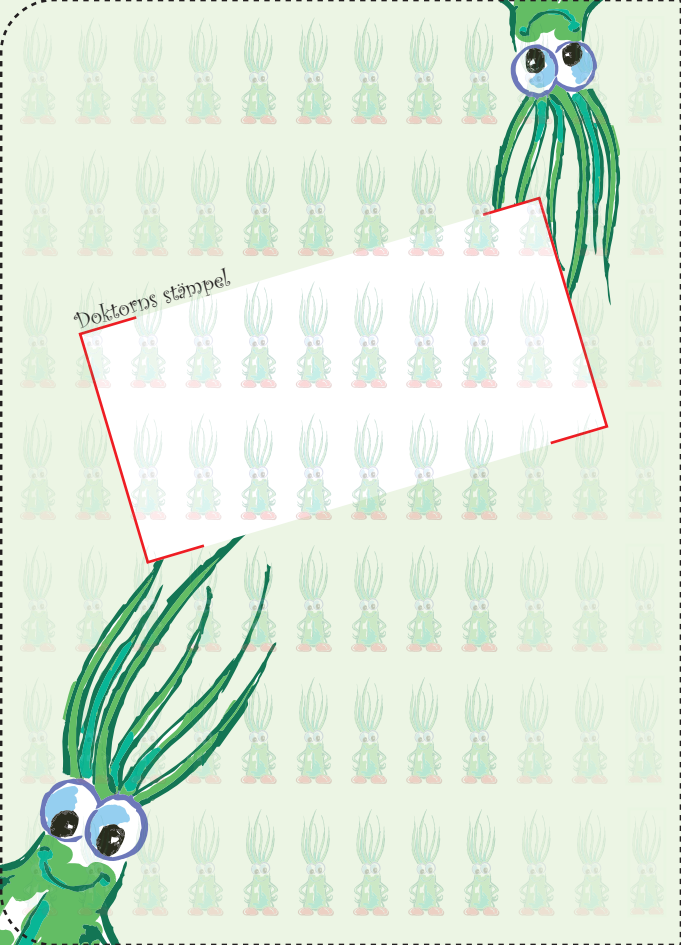


Mitt
Grazax
pass

Doktors stämpel



Foto

Förnamn:

Efternamn:

Födelsedag:

Stad:

Land:

Telefonnummer:

Fyll i datum för din
första behandlingsdag.

År: _____
Månad: _____
Dag: _____



1.



2.



3.



4.



5.



6.



7.



8.



9.



10.



11.



12.



13.



14.



15.



16.



17.



18.



19.



20.



21.



22.



23.



24.



25.



26.



27.



28.



29.



30.



31.

Besök

Besök 1

Datum: _____ 20____



Besök 2

Datum: _____ 20____



Besök 3

Datum: _____ 20____



Besök 4

Datum: _____ 20____



Besök 5

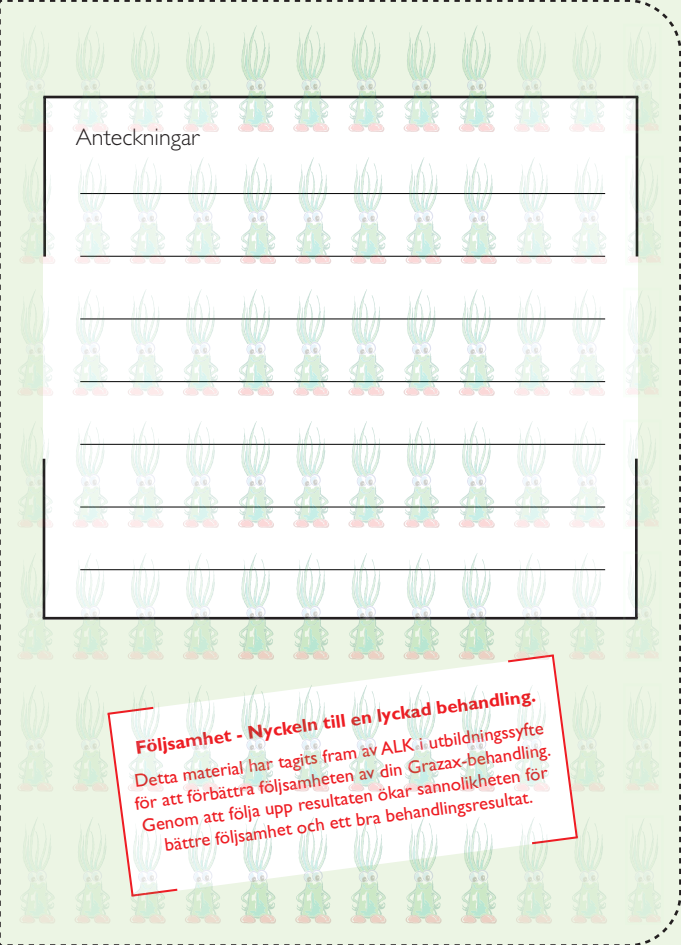
Datum: _____ 20____



Besök 6

Datum: _____ 20____





Anteckningar

Följsamhet - Nyckeln till en lyckad behandling.
Detta material har tagits fram av ALK i utbildningssyfte
för att förbättra följsamheten av din Grazax-behandling.
Genom att följa upp resultaten ökar sannolikheten för
bättre följsamhet och ett bra behandlingsresultat.



ALK, Box 10073, 434 21 Kungsbacka