

Matvanor

Sparas i SoL-akten

Namn: _____

Per nr: _____

Favoriträtt? _____

Finns det någon mat du inte tycker om/ inte äter? _____

Är du allergisk/ överkänslig mot något livsmedel? (*obs: Vid sk "mjölkallergi", fråga om det är laktos eller mjölkprotein det gäller*)

Beskriv kortfattat dina matvanor.

Ex frukostmat, mellanmål, kvällsmål, typ av dryck mm _____

Övrigt

sväljproblematik, problem med att tugga viss mat, traditioner eller kulturella skillnader i matvanor

mm _____

