

Neurolog-
mottagningen

Namn

Återbesöksdatum:

Tid:

Självskattningsformulär Myasteni-symptom

Markera din egen uppfattning om de symptom du upplever från:

Nuvarande (=senaste veckan)

Sedan föregående besök är symptomen

Inga Lätta Måttliga Svåra

Oförändrade Ökade Minskade

Ögonen

Tuggmuskler

Svalget

Talet

Nacke

Armar

Händer

Andning

Ansikte

Ben

Svårt att hålla urin

