



Øye - medikament:								Side: <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Høyre <input type="checkbox"/> Begge							
Dato	x/døgn	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.

Øye - medikament:								Side: <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Høyre <input type="checkbox"/> Begge							
Dato	x/døgn	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.

Øye - medikament:								Side: <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Høyre <input type="checkbox"/> Begge							
Dato	x/døgn	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.	kl	spl. sign.