Hausarztpraxis
Dr. med. Sabine Aign

_____

Name, Vorname geb.

Blutzucker – Protokoll

Datum	Insulineinheiten				Blutzucker (mg/dl) (mmol/l)							Bemerkungen
					Nüchtern	Nach dem Frühstück	Vor dem Mittagessen	Nach dem Mittagessen	Vor dem Abendessen	Nach dem Abendessen	Vor dem Schlafen	

Datum	Insulineinheiten				Blutzucker (mg/dl) (mmol/l)							Bemerkungen
					Nüchtern	Nach dem Frühstück	Vor dem Mittagessen	Nach dem Mittagessen	Vor dem Abendessen	Nach dem Abendessen	Vor dem Schlafen	

Datum	Insulineinheiten				Blutzucker (mg/dl) (mmol/l)							Bemerkungen
					Nüchtern	Nach dem Frühstück	Vor dem Mittagessen	Nach dem Mittagessen	Vor dem Abendessen	Nach dem Abendessen	Vor dem Schlafen	