Insulinschema

BZ-Wert	morgens	mittags	nachmittags	abends	zur Nacht

Präparat

morgens	
mittags	
nachmittags	
abends	
zur Nacht	

Bemerkung

Datum/ Unterschrift des Arztes

Name.: Muster Hans geb. am: 02.06.1926 Jahr: Blatt Nr.: