

Nimi _____

Syntymäaika _____

Osoite _____

Puh. _____

Sähköposti _____

Diabetestyyppi ja toteamisvuosi: _____

Lääkitys: _____

Hoitopaikka _____

Hoitava lääkäri _____

Puh. _____

Hoitaja _____

Puh. _____

Soittoaika _____

Osoite _____

Postitoimipaikka _____

Hoitotarvikejakelu _____

Minun tavoitearvoni *

Verensokeri	
Aamuarvo paastoarvo	mmol/l
Ennen aterialla	mmol/l
2 tuntia aterian jälkeen	mmol/l
Ilta-arvo ennen nukkumaan menoa	mmol/l

* Varmista diabeteslääkäriltäsi tai -hoitajaltasi

Ohjeet/Muistiinpanot
