Name,
geb.: _____

Diabetespraxis Zwischenahn

Datum	Mo.			Di.			Mit.			Do.			Fr.			Sa.			So.		
Zeit	BZ	BE	Insulin	BZ	BE	Insulin	BZ	BE	Insulin	BZ	BE	Insulin	BZ	BE	Insulin	BZ	BE	Insulin	BZ	BE	Insulin
0 - 1																					
1 - 2																					
2 - 3																					
3 - 4																					
4 - 5																					
5 - 6																					
6 - 7																					
7 - 8																					
8 - 9																					
9 - 10																					
10 - 11																					
11 - 12																					
12 - 13																					
13 - 14																					
14 - 15																					
15 - 16																					
16 - 17																					
17 - 18																					
18 - 19																					
19 - 20																					
20 - 21																					
21 - 22																					
22 - 23																					
23 - 24																					

	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends
BE-/KE-F																					
KF/ZW																					

Orale Antidabetika

Präparat	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends	Morgens	Mittags	Abends