

Angaben zur Blutzuckermessung

Name: _____

Alter: _____ aktuelles Gewicht: _____

Ausgangssituation: Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2

Andere Erkrankungen: _____

Regelmäßig eingenommene Medikamente: _____

Nahrung aufgenommen nüchtern

Datum/ Uhrzeit der Messung: _____

Gemessene Werte: 1. Messung: _____ 2. Messung: _____

Empfehlung eines Arztbesuches: ja nein

Servicegebühr: _____

Stempel der Apotheke:



Angaben zur Blutzuckermessung

Name: _____

Alter: _____ aktuelles Gewicht: _____

Ausgangssituation: Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2

Andere Erkrankungen: _____

Regelmäßig eingenommene Medikamente: _____

Nahrung aufgenommen nüchtern

Datum/ Uhrzeit der Messung: _____

Gemessene Werte: 1. Messung: _____ 2. Messung: _____

Empfehlung eines Arztbesuches: ja nein

Servicegebühr: _____

Stempel der Apotheke:



Angaben zur Blutzuckermessung

Name: _____

Alter: _____ aktuelles Gewicht: _____

Ausgangssituation: Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2

Andere Erkrankungen: _____

Regelmäßig eingenommene Medikamente: _____

Nahrung aufgenommen nüchtern

Datum/ Uhrzeit der Messung: _____

Gemessene Werte: 1. Messung: _____ 2. Messung: _____

Empfehlung eines Arztbesuches: ja nein

Servicegebühr: _____

Stempel der Apotheke:



Angaben zur Blutzuckermessung

Name: _____

Alter: _____ aktuelles Gewicht: _____

Ausgangssituation: Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2

Andere Erkrankungen: _____

Regelmäßig eingenommene Medikamente: _____

Nahrung aufgenommen nüchtern

Datum/ Uhrzeit der Messung: _____

Gemessene Werte: 1. Messung: _____ 2. Messung: _____

Empfehlung eines Arztbesuches: ja nein

Servicegebühr: _____

Stempel der Apotheke:

