

Monat

Datum		Urinuntersuchung/Blutzucker					Bemerkungen (z.B. Hypoglykämien)	Insulin/Tabletten				Gew. kg
		Morgen	Mittag	Abend	vor Bettruhe							
1	UZ/Ac											
	BZ											
2	UZ/Ac											
	BZ											
3	UZ/Ac											
	BZ											
4	UZ/Ac											
	BZ											
5	UZ/Ac											
	BZ											
6	UZ/Ac											
	BZ											
7	UZ/Ac											
	BZ											

[illegible]