Vložni list sladkornega bolnika

Št.: ___

Ime in Priimek:_____ **Št. kartona:** __

Od leta: _____ **Višina:** _____ **Ogroženost:** _____ **Drugo:** _____

Pregled nog: _____

Retenti: _____

Okulist: _____

		URIN						
DATUM	KS/HbA	SLAD.	ALB.	KET.	TEŽA	RR	ZDRAVILA	OP.
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		
						/		