WIZYTA KOMPLEKSOWA (termin ustalany w rejestracji)

Imię i nazwisko pacjenta: ……

DATA: …….. GODZINA: …….

1. Lista aktualnie przyjmowane leków (wypełnia pacjent przed wizytą):

Nazwa leku	Dawka	Ilość przyjmowanych tabletek

2. Pomiary poziomu cukru (jeśli dotyczy – wypełnia pacjent przed wizytą)

Data							
Wynik pomiaru							

3. Pomiary ciśnienia tętniczego (jeśli dotyczy – wypełnia pacjent przed wizytą)

Data								
Wynik pomiaru	Rano							
	Wieczorem							

WIZYTA KOMPLEKSOWA (termin ustalany w rejestracji)

Imię i nazwisko pacjenta: ……

DATA: …….. GODZINA: …….

1. Lista aktualnie przyjmowane leków (wypełnia pacjent przed wizytą):

Nazwa leku	Dawka	Ilość przyjmowanych tabletek

2. Pomiary poziomu cukru (jeśli dotyczy – wypełnia pacjent przed wizytą)

Data							
Wynik pomiaru							

3. Pomiary ciśnienia tętniczego (jeśli dotyczy – wypełnia pacjent przed wizytą)

Data								
Wynik pomiaru	Rano							
	Wieczorem							