



Ordinationsunderlag för insulin

Namn: _____ Personnummer: _____

Insulin	KI:	KI:	KI:	KI:
Injektionsställe: _____				

Insulin	KI:	KI:	KI:	KI:
Injektionsställe: _____				

Kommentar:

Ordinerande läkare: _____ Datum: _____

Ordination mottagen av sjuksköterska: _____ Datum: _____