



Ordinationsunderlag för insulin

Namn: _____ Personnummer: _____

Läkemedelsnamn och styrka	KI:	KI:	KI:	KI:
	Antal enheter:	Antal enheter:	Antal enheter:	Antal enheter:
Injektionsställe:				

Läkemedelsnamn och styrka	KI:	KI:	KI:	KI:
	Antal enheter:	Antal enheter:	Antal enheter:	Antal enheter:
Injektionsställe:				

Kommentar:

Ordinerande läkare/diabetessjuksköterska: _____

Datum: _____

Ordination mottagen av sjuksköterska: _____

Datum: _____