Name: ..... **Ziel: 60 – 100 mg/dl**

Monat:		*Jahr :*		
Tag	***Uhrzeit***		**Blutzucker in mg/dl**	**Bemerkungen**

Hausarztzentrum Geesthacht

Monat:		Jahr :		
Tag	Uhrzeit		Blutzucker in mg/dl	Bemerkungen

Hausarztzentrum Geesthacht

www.hausarztzentrum-geesthacht.de Tel. 04152 / 88 58 - 10

Monat:		Jahr :		
Tag	Uhrzeit		Blutzucker in mg/dl	Bemerkungen

Hausarztzentrum Geesthacht

Hausarztzentrum Geesthacht