DEMENZ-PFLEGE-ZENTRUM
OBERKÄRNTEN

Vorname	Nachname	VNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Medikament	**Dosis**	**Einnahme**
BSP: Thrombo Ass	100 mg	0 – 0 – 1
Augentropfen		
Name	Telefon	ICE1

BLUTZUCKER Tagesprofil

BLUTZUCKER	Uhrzeit		Zwischenmahlzeit? WAS?
	07:30	**VOR** dem Essen	
			?
	09:30	2 Stunden **NACH** dem Essen	
			?
	10:30	**VOR** dem Essen	
			?
	12:30	2 Stunden **NACH** dem Essen	
			?
	15:30	**VOR** dem Essen	
			?
	17:30	2 Stunden **NACH** dem Essen	
			?
	~ 23:00	**ZUM Schlafen gehen**	?

BLUTDRUCK

BLUTDRUCK	PULS	Uhrzeit	Datum / Tag
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			

BLUTZUCKER Standardmessung

BLUTZUCKER	Uhrzeit	Tag