

Medicinskt intyg för diabetes

Ifylles av vården

Namn

_____ har diabetes mellitus.
Födelsedatum

Hen tar insulin och behöver kunna bära med sig insulin, eventuellt andra mediciner, insulinpenna, insulinpump, blodsockermätare samt andra hjälpmedel och livsmedel för att sköta sin diabetes

Daglig insulindos av insulintyp:

Jag intygar att informationen är korrekt:

Signatur

Ort och datum

Namnförtydligande

Titel

Adress

Telefon