

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

**Skema kulhydrattælling**

	Blodglukose	Insulin	Mad og drikke	Evt. kulhydrat	Motion og andre
Morgen					
Formiddag					
Frokost					
Eftermiddag					
Aften					
Sen aften					