Vård- och omsorgsförvaltningen 2017-10-11

SIGNERINGSLISTA KONTROLL AV BLODSOCKER

Namn							
Personnummer							
Övrigt:						År:	
Datum	Kl.	P-glukos	Sign.	Datum	Kl.	P-glukos	Sign.

OBS! *Signaturförtydligande = signatur, namn, befattning skall skrivas på baksidan av blanketten*

Dokumentansvarig; MAS