

Data. ....

## KONSULTACJA DIABETOLOGICZNA/INTERNISTYCZNA/LEKARZA POZ

Pacjent/ka z cukrzycowym obrzękiem plamki leczony/a iniekcjami doszklistkowymi w ramach programu lekowego DME.

Imię i nazwisko	Pesel
HbA1C	
RR	
Funkcja nerek	
Inne powikłania cukrzycy/choroby	TAK/NIE
*podać jakie	