

Tagebuch
Mit eigener App
Breiter Hämato-krit-Bereich 0% - 70%
Hygienischer Teststreifenauswurf

Glucoscheck GOLD



Tag	Nüchtern		Frühstück*		Mittagessen*		Abendessen*		Bemerkung (z. B. Bewegung, Stress, Ernährung usw.):
	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	
Mo									
Di									
Mi									
Do									
Fr									
Sa									
So									

*Zeitpunkt der Messung nach Vorgabe Ihres Arztes

Von: _____ Bis: _____

Woche / Datum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Blutzucker-Zielbereich: _____

Name _____

Tag	Nüchtern		Frühstück*		Mittagessen*		Abendessen*		Bemerkung (z. B. Bewegung, Stress, Ernährung usw.):
	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	
Mo									
Di									
Mi									
Do									
Fr									
Sa									
So									

*Zeitpunkt der Messung nach Vorgabe Ihres Arztes

Telefonnummer _____

Straße/ Hausnummer _____

PLZ/ Ort _____

Behandelnder Arzt _____

Diabetes-Berater/in _____

Ansprechpartner im Notfall _____

Woche / Datum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Blutzucker-Zielbereich: _____

Tag	Nüchtern		Frühstück*		Mittagessen*		Abendessen*		Bemerkung (z. B. Bewegung, Stress, Ernährung usw.):
	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	
Mo									
Di									
Mi									
Do									
Fr									
Sa									
So									

*Zeitpunkt der Messung nach Vorgabe Ihres Arztes

Woche / Datum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Blutzucker-Zielbereich: _____

Tag	Nüchtern		Frühstück*		Mittagessen*		Abendessen*		Bemerkung (z. B. Bewegung, Stress, Ernährung usw.):
	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	
Mo									
Di									
Mi									
Do									
Fr									
Sa									
So									

*Zeitpunkt der Messung nach Vorgabe Ihres Arztes

Woche / Datum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Blutzucker-Zielbereich: _____

Tag	Nüchtern		Frühstück*		Mittagessen*		Abendessen*		Bemerkung (z. B. Bewegung, Stress, Ernährung usw.):
	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	
Mo									
Di									
Mi									
Do									
Fr									
Sa									
So									

*Zeitpunkt der Messung nach Vorgabe Ihres Arztes

Woche / Datum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Blutzucker-Zielbereich: _____

Tag	Nüchtern		Frühstück*		Mittagessen*		Abendessen*		Bemerkung (z. B. Bewegung, Stress, Ernährung usw.):
	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	Blutzuckerwert	Insulin / Medikation	
Mo									
Di									
Mi									
Do									
Fr									
Sa									
So									

*Zeitpunkt der Messung nach Vorgabe Ihres Arztes