

Zeitpunkt der Messung nach Vorgabe Ihres Arztes

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

Blutucker-Zielbereich: _____
 Woche / Datum: _____ Körpergewicht: _____ kg

Von: _____ Bis: _____

Name _____

Telefonnummer _____

Straße/ Hausnummer _____

PLZ/ Ort _____

Behandelnder Arzt _____

Diabetes-Berater/in _____

Ansprechpartner im Notfall _____



Tagebuch

Mit eigener App
 Breiter Hämatokrit-Bereich 0 % – 70 %
 Hygienischer Teststreifenwurf



Zeitpunkt der Messung nach Vorgabe Ihres Arztes

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

Blutucker-Zielbereich: _____
 Woche / Datum: _____ Körpergewicht: _____ kg

Woche / Datum: _____ Körpergewicht: _____ kg

Blutucker-Zielbereich: _____

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

*Zeitpunkt der Messung nach Vorgabe Ihres Arztes