



Mein Blutzucker-Tagebuch

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Notdienst: 112 Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116 117

Meine nächsten Arzt-Termine

Arzt: _____
Termin: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Grund: _____

Arzt: _____
Termin: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Grund: _____

Arzt: _____
Termin: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Grund: _____

Arzt: _____
Termin: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Grund: _____

Wichtig:

Menschen mit Diabetes sollten alle drei Monate ihren Blutzucker-Langzeitwert HbA1c untersuchen lassen. Im etwa jährlichen Abstand sind außerdem folgende Kontrolluntersuchungen sinnvoll: Blutfettwerte, EKG, Belastungs-EKG, Albumin im Urin, Nervenschäden, Fußuntersuchung, Beindurchblutung und Augenspiegelung. Im Einzelfall können Untersuchungen nach Absprache mit dem Arzt auch häufiger sinnvoll sein.

Meine Diabetes-Medikamente

Mein behandelnder Arzt: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

| Name | Wirkstoff | Dosis morgens | Dosis mittags | Dosis abends | Anmerkungen |
|------|-----------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Meine weiteren Medikamente

| Name | Wirkstoff | Dosis morgens | Dosis mittags | Dosis abends | Anmerkungen |
|------|-----------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Meine Ziele

| | Aktueller Wert | Zielwert | Anmerkungen |
|-----------------------------|----------------|----------|-------------|
| Körpergewicht | | | |
| Blutzucker (nüchtern) | | | |
| Blutzucker (nach dem Essen) | | | |
| Blutzucker (abends) | | | |
| HbA1c | | | |
| Blutdruck | | | |
| Cholesterin (gesamt) | | | |
| HDL-Cholesterin | | | |
| LDL-Cholesterin | | | |
| Triglyceride | | | |
| Harnsäure | | | |

Meine Messwerte

Datum: _____ Arbeitstag Urlaubstag Mo Di Mi Do Fr Sa So

| | | | | | | | | | |
|--------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| Uhrzeit | | | | | | | | | Gesamt |
| BZ | | | | | | | | | |
| KE/BE | | | | | | | | | |
| KE/BE-Faktor | | | | | | | | | |
| Bolus | | | | | | | | | |
| Basis | | | | | | | | | |
| Blutdruck: | Anmerkungen: | | | | | | | | |

Datum: _____ Arbeitstag Urlaubstag Mo Di Mi Do Fr Sa So

| | | | | | | | | | |
|--------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| Uhrzeit | | | | | | | | | Gesamt |
| BZ | | | | | | | | | |
| KE/BE | | | | | | | | | |
| KE/BE-Faktor | | | | | | | | | |
| Bolus | | | | | | | | | |
| Basis | | | | | | | | | |
| Blutdruck: | Anmerkungen: | | | | | | | | |