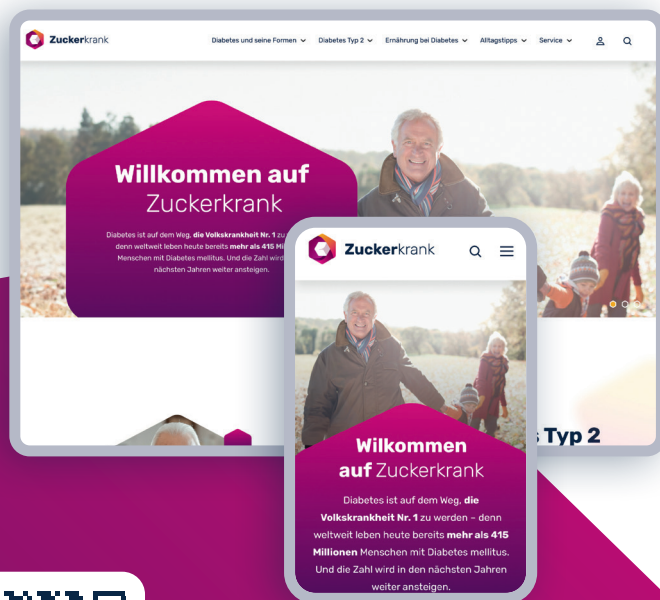


Typ-2-Diabetes-
Gesundheitspass

**Wir sind an
Ihrer Seite!**



Jetzt QR-Code scannen und
mehr erfahren auf **zuckerkrank.de**

Gesundheitspass Typ-2-Diabetes

Der Träger/die Trägerin dieses Passes ist Diabetiker/Diabetikerin.

The bearer of this passport has diabetes. Le propriétaire de ce passeport est diabétique.
Il portatore di questo passaporto è diabetico. El portador de este passaporte es diabetico.

Behandelnde Hausarztpraxis

Diabetologische Schwerpunktpraxis

Klinik

Dieser Pass wurde ausgegeben von

Allgemeine Hinweise

Für den Passinhaber/die Passinhaberin

Dieser Pass wurde entwickelt, um die Versorgung von Menschen mit Diabetes zu verbessern. Er soll besonders den Austausch wichtiger Informationen zwischen Ihnen, Ihren Angehörigen und Ihrem Diabetesberater oder Ihrer Diabetesberaterin gewährleisten. Den Pass sollten Sie daher immer bei sich tragen und einmal im Quartal von Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin ausfüllen lassen.

Für den Arzt/die Ärztin und das Diabetesteam

Die Vorsorgeuntersuchungen in diesem Gesundheitspass dienen zur frühzeitigen Erkennung, rechtzeitigen Behandlung und erfolgreichen Überwachung von Folgeerkrankungen. Im Pass sind die international anerkannten Mindestmaßnahmen zur Vorbeugung und Diagnostik enthalten (WHO, IDF). Nur so können die Ziele der St.-Vincent-Deklaration und die Prävention von Diabetesfolgeschäden erreicht werden. Dieser Pass dient auch zur Vereinbarung individueller Behandlungsziele mit Ihren Patienten und Patientinnen. Er erleichtert Ihnen die Langzeitdokumentation und lässt frühzeitig erkennen, wann Anpassungen des Therapieplans notwendig sind.



Bitte füllen Sie diesen Pass jedes Quartal aus.

Handeln bei Unterzuckerung (Hypoglykämie)

Bei ersten Zeichen einer Unterzuckerung sofort handeln!

- Nehmen Sie sofort Traubenzucker zu sich oder trinken Sie zuckerhaltige Limonade, Cola oder Fruchtsaft.
- Vorsicht: Diätlimonaden oder zuckerarme Light-Getränke kommen bei einer Hypoglykämie nicht in Frage.
- Tragen Sie immer eine Diabetiker-Notfallkarte bei sich.
- **Wichtig:** Treten Unterzuckerungen auf, sollten Sie unbedingt Ihren Arzt oder Ihre Ärztin informieren.
- Vorbeugung: Erkennen und vermeiden Sie die Ursache Ihrer Unterzuckerung.

Wie sollten Menschen aus Ihrer Umgebung im Notfall (Bewusstlosigkeit) handeln?

1

Wählen Sie sofort den Notruf (112).

2

Den Patienten oder die Patientin in die stabile Seitenlage bringen.

3

Achten Sie auf freie Atemwege, indem Sie den Kopf überstrecken oder evtl. störende Gebisse entfernen.

!

Achtung: Bewusstlose können nicht schlucken. Bewusstlosen nie Flüssigkeit oder Traubenzucker in den Mund geben!

Persönliche Daten:

Name

Straße

Ort

Telefon

E-Mail

Im Notfall zu informieren:

Name

Straße

Ort

Telefon

E-Mail



Empfehlungen zur Benutzung

- 1 Schreiben Sie zunächst die Basisdaten, Gesundheitsprobleme (Seite 6) und notwendigen Medikamente auf (Seite 7).
 - 2 Führen Sie in jedem Quartal die notwendigen Untersuchungen durch und dokumentieren Sie die Befunde (Seite 8).
 - 3 Vereinbaren Sie von Quartal zu Quartal ein bis zwei erreichbare Behandlungsziele (Seite 14).
 - 4 Nutzen Sie die Ergebnisse der Untersuchungen konsequent, um die notwendigen Behandlungsmaßnahmen einzuleiten oder zu veranlassen.
- Dokumentieren Sie Ihre täglichen Werte ebenfalls in dieser Broschüre, damit Sie alles auf einen Blick haben.**

Wichtige Informationen

BASISDATEN

Geburtsdatum Geschlecht ☐ w ☐ m ☐ d Körpergröße

Jahr der Diabetesdiagnose

Diabetestherapie

- | | | |
|--------------------------|--|---------|
| ☐ | nur Diät | ... bis |
| ☐ | orale Antidiabetika | ... bis |
| ☐ | Antidiabetika zur subkutanen Injektion | ... bis |

BESONDERE PROBLEME

(z. B. Rauchen, Alkohol, diabetische Folgeschäden, koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und andere Probleme)

Problem	seit (Jahr)	bis (Jahr)
---------	-------------	------------

Medikamente, die eingenommen werden müssen.

[illegible]

Dokumentation: vierteljährliche Untersuchungen

Jahr _____

Quartal	I		II		III		IV	
Datum								
Körpergewicht in kg								
Blutdruck (5 Minuten Ruhe) mmHg								
Blutzucker nüchtern/ nach dem Essen								
HbA1c								
Schwere Hypoglykämien								
Häufigkeit Selbstkontrolle								
Rauchen	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Wohlbefinden								

Dokumentation: jährliche Untersuchungen

Jahr	
Gesamt-Cholesterin	
HDL-/LDL-Cholesterin	
Triglyzeride nüchtern	
Mikro-/Makroalbuminurie	
Nierenuntersuchung (S-Kreatin/eGFR)	
Herzgefäßuntersuchung	
Fußuntersuchung	
Neurologische Untersuchung	
Zahnkontrolle	



Besondere Hinweise für Patient:innen

Wie messe ich richtig?

- ✓ Unmittelbar vor der Messung waschen Sie Ihre Hände gründlich.
- ✓ Mithilfe einer Lanzette entnehmen Sie einen Blutstropfen, am besten aus der seitlichen Fingerspitze.
- ✓ Halten Sie den Messstreifen direkt an den Blutstropfen, jedoch nicht direkt auf die Haut.
- ✓ Quetschen Sie die Stelle der Blutentnahme nicht, da vermehrt Flüssigkeit austreten und diese den Messwert verändern kann.
- ✓ Wechseln Sie die Blutentnahmestelle bei jeder Messung.
- ✓ Achten Sie auf die richtige Lagerung der Teststreifen in einem trockenen, verschlossenen Behälter.

Unterzuckerung (Hypoglykämie) < 3,3 mmol/l (60 mg/dl)

- ✓ **Symptome:** Zittern, Schwindel, Heißhunger, Übelkeit, Sprach- und Sehstörungen oder Krämpfe
- ✓ **Ursachen:** Aufnahme zu weniger Kohlehydrate, Überdosis der Diabetesmedikamente, übermäßiger Alkoholkonsum, außergewöhnliche körperliche Anstrengung
- ✓ **Handlung:** bei starken Symptomen medizinische Hilfe aufsuchen, (siehe Seite 4, Handeln bei Unterzuckerung), Saft trinken oder Traubenzucker einnehmen

Überzuckerung (Hyperglykämie) > 7,8 mmol/l (140 mg/dl)

- ✓ **Symptome:** Müdigkeit, häufiges Wasserlassen, Übelkeit, Schwindel, starkes Durstgefühl
- ✓ **Ursachen:** Aufnahme zu vieler Kohlehydrate, zu niedrig dosierte Medikamente, Vergessen der Medikamente, starker Stress
- ✓ **Handlung:** bei starken Symptomen medizinische Hilfe aufsuchen, viel Wasser trinken, keine Nahrung zu sich nehmen

Wichtige Werte



HbA1c

HbA1c ist ein Maß für die mittleren Blutzuckerwerte der letzten 1–3 Monate. Seit 2008 wird der HbA1c-Wert auch in mmol/mol angegeben. Die Umrechnungsformel lautet: $\text{HbA1c (mmol/mol)} = (\text{HbA1c [\%]} - 2,15) \times 10,929$



Blutdruck

Bei Menschen mit Diabetes ist häufig ein erhöhter Blutdruck zu beobachten. Ein anhaltend hoher Blutdruck erhöht das Risiko, einen Herzinfarkt, Schlaganfall, Schäden an Augen, Beinen und Nieren zu erleiden. Er sollte nicht über 130/80 mmHg liegen.



Blutfette

Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyzeride) bedeuten ein zusätzliches Risiko für Herz- und Kreislauferkrankungen.



Mikroalbuminurie

Albumin ist ein wichtiges Transport-Eiweiß in unserem Blut. Ein frühes Zeichen einer beginnenden Nierenschädigung ist die vermehrte Ausscheidung von Albumin über den Urin.

Mögliche Begleiterkrankungen



Koronare Herzkrankheit = eine Verengung der Herzkranzgefäße, die das Herz mit sauerstoffreichem Blut versorgen, so dass es schlecht durchblutet und nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird



Diabetischer Fuß = eine schädliche Veränderung an den Füßen, bedingt durch langfristig erhöhten Blutzuckerspiegel, welche sich durch Wunden äußert



Retinopathie = eine Erkrankung der Netzhaut des Auges in Folge eines zu hohen Blutzuckerspiegels, die zu Gefäßveränderungen und Durchblutungsstörungen führen kann



Nephropathie = eine Erkrankung der Nieren, ausgelöst durch dauerhaft erhöhten Blutzuckerspiegel und damit verbundenen Ablagerungen in Blutgefäßen, die die Filterfunktion der Nieren beeinträchtigen



Neuropathie = eine Erkrankung des peripheren Nervensystems, z. B. durch hohe Blutzuckerwerte, was zu einer Schädigung der Nerven und damit verbundenen Einschränkungen der Körperfunktion führen kann

Vorbeugende Maßnahmen

Folgende Maßnahmen können Ihnen helfen, die Wahrscheinlichkeit von Folgeerkrankungen zu reduzieren. Bei Unklarheiten wenden Sie sich an Ihren Arzt/Ihre Ärztin oder Ihre Diabetesberater/Diabetesberaterinnen.



Regelmäßige Bewegung

Körperliche Bewegung kann einen zu hohen Blutzucker und Blutdruck senken. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, welche und wie viel Bewegung für Sie geeignet ist – insbesondere bei bestehenden Folge- und Begleiterkrankungen.



Körpergewicht kontrollieren

Vereinbaren Sie zusammen mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin ein realistisches individuelles Zielgewicht. Sie vermindern damit das Risiko für viele Erkrankungen.



Mit dem Rauchen aufhören

Bei Diabetes und beim Rauchen kommt es häufig zu Durchblutungsstörungen, daher ist das Rauchen in Verbindung mit Diabetes besonders gefährlich.



Alkoholgenuss einschränken

Alkohol kann noch viele Stunden nach Genuss gefährliche Unterzuckerungen hervorrufen. Sprechen Sie hierzu mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin.



Wohlbefinden im Auge behalten

Ein geringes Wohlbefinden oder eine Depression kann die geplante Behandlung erschweren. Sprechen Sie offen mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin über Ihre psychische Verfassung.



Regelmäßige Untersuchungen

Um mögliche Folgeerkrankungen frühzeitig festzustellen, ist es notwendig, dass Sie regelmäßig zu Kontrollen gehen.



Zuverlässige Blutzuckerkontrollen

Die zuverlässige Messung und Dokumentation der Blutzuckerwerte ebenso wie die regelmäßige Anpassung der Blutzuckereinstellung ist sehr wichtig. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin ab, wie häufig der Blutzucker gemessen werden sollte.



Schulungen besuchen

Eine Diabetesschulung hilft Ihnen, zum Experten oder zur Expertin Ihrer Erkrankung zu werden. Fragen Sie Ihren Arzt oder Ihre Ärztin, wo Sie eine qualifizierte Schulung erhalten können.

Meine persönlichen Quartalsziele

Jahr _____								
Quartal	I		II		III		IV	
Körpergewicht in kg								
Blutdruck mmHg								
Blutzucker nüchtern								
Blutzucker nach dem Essen								
HbA1c								
Häufigkeit Blutzucker-selbstkontrolle/Woche								
Körperliche Bewegung/ Stunden pro Woche								
Regelmäßige Tablettenein-nahme/subkutane Injektion	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Mit dem Rauchen aufgehört	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

Wohlfühltest

In den letzten 2 Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr/ Etwas weniger als die Hälfte der Zeit		Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
war ich froh und gut gelaunt	5	4	3	2	1	0
fühlte ich mich ruhig und entspannt	5	4	3	2	1	0
fühlte ich mich energisch und aktiv	5	4	3	2	1	0
fühlte ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht	5	4	3	2	1	0
war mein Alltag voller Dinge, die mich interes-sieren	5	4	3	2	1	0

So einfach geht es:

Wiederholen Sie diesen Test gerne jedes Quartal. Rechnen Sie Ihre erreichte Punktzahl zusammen und tragen Sie diese unten ein. Wenn Sie weniger als 13 Punkte erreichen oder mit einer oder mehreren Antworten im roten Bereich liegen (0 Punkte oder 1 Punkt), kann eine behandlungsbedürf-tige Depression nicht sicher ausge-schlossen werden. Wir raten Ihnen, sich an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin zu wenden, um die Notwendigkeit einer Behandlung zu besprechen.

Jahr _____		
Quartal	Datum	Punkte
I		
II		
III		
IV		

Diabetestagebuch über 12 Monate

Dieser Pass bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihre tägliche Blutzuckerkontrolle über 12 Monate hinweg zu dokumentieren. Zusammen mit Ihrem Arzt oder Ärztin legen Sie fest, wie häufig Ihr Blutzucker gemessen werden soll. Dies ist abhängig von Ihrer Medikation und Ihrem Glukosestoffwechsel.

Sie müssen in Verbindung mit Ihren Antidiabetika keine Blutzuckermessungen durchführen? Dann nutzen Sie die Tabellen, um weitere Gesundheitsaspekte zu dokumentieren. Die Tabelle eignet sich ebenfalls zur täglichen Dokumentation Ihres Blutdrucks oder Ihrer körperlichen Aktivität und liefert eine wöchentliche Übersicht, mit der Sie und Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihren Gesundheitszustand besser überblicken können.

Die Tabelle bietet Platz für Messwerte einer ganzen Woche. Für eine bessere Übersicht sollten Sie das Datum des ersten Messtages über der Tabelle notieren.

Datum

Jahr

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Blutzuckerwerte vor und nach dem Essen zu notieren sowie die zu sich genommenen BE und bei Bedarf auch die verabreichten Einheiten an Insulin. Notieren Sie auch hier den morgens und abends gemessenen Blutdruck.

BZ = Blutzuckerwert vor und nach **Frühstück** **Mittagessen** **Abendessen**
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

In der Regel sollte der Blutzucker nüchtern vor dem Frühstück gemessen werden sowie direkt vor und zwei Stunden nach jeder Mahlzeit. Wann und wie oft genau Sie messen sollten, bespricht Ihr Arzt oder Ihre Ärztin mit Ihnen.

Zur Überwachung des Blutdrucks sollten Sie diesen 2 x täglich messen, sofern Sie nichts anderes mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin ausgemacht haben. Messen Sie immer zur selben Uhrzeit: Dafür eignet sich morgens nach dem Aufstehen und abends, wenn Sie nach der Arbeit zur Ruhe gekommen sind.

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum		Jahr						
Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum		Jahr						
Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Datum _____ Jahr _____

Tag		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BE								
Insulin								
BZ	vor							
	nach							
BP								
BE								
Insulin								

Tag		8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

BZ = Blutzuckerwert vor und nach ■ Frühstück ■ Mittagessen ■ Abendessen
BP = Blutdruck vor der Mahlzeit
BE = Broteinheiten

Tag		16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

Tag		24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BE									
Insulin									
BZ	vor								
	nach								
BP									
BE									
Insulin									

AstraZeneca GmbH
Friesenweg 26
22763 Hamburg

