



DIABETES-TAGEBUCH

Für Typ-2-DiabetikerInnen

Name:

Straße:

Wohnort:

Telefon:

Im Bedarfsfall zu verständigen:

.....

Telefon:

Hausärztin/Hausarzt:

.....

Telefon:

Klinik:

Telefon:





Medikamente:

.....

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

tragen Sie bitte die Ergebnisse Ihrer Blutzucker-Selbstmessungen in dieses Diabetes-Tagebuch ein.

Beachten Sie bitte folgende Zeichenerklärungen:








-  ... Messung **nüchtern** in der Früh
-  ... Messung **vor** der (Haupt-)Mahlzeit
-  ... Messung **2 Stunden nach** dem Essen
-  ... Messung abends vor dem Schlafengehen

Geben Sie auch Ihre verabreichten Insulin-Einheiten bzw. Ihre eingenommenen Blutzucker-Medikamente an.

Kontrollieren Sie täglich Ihre Füße auf Veränderungen und vermerken Sie Ihren Blutdruck-Wert.








Vergessen Sie bitte nicht besondere Vorkommnisse ebenfalls anzuführen.

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)						
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
							
01.01.	110	180	97	160	130	190	200
Insulin/ Tabl.:	Tabl. ✓				10 IE		
Insulin/ Tabl.:							
Insulin/ Tabl.:							
Insulin/ Tabl.:							
Insulin/ Tabl.:							








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden
✓	160/90	Stress

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)						
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
							
Insulin/ Tabl.:							
Insulin/ Tabl.:							
Insulin/ Tabl.:							
Insulin/ Tabl.:							
Insulin/ Tabl.:							








Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								

Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden

Gewicht: _____

Datum	Blutzucker-Selbstmessungen (2 Stunden nach dem Essen messen!)							
	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht	
								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								
Insulin/ Tabl.:								

Füße	Blutdruck	Bemerkungen
1 x täglich Kontrolle auf Veränderungen	1 x täglich Kontrolle	z. B. HbA1c, Ereignisse, Bewegung, Unterzuckerungen, Erkrankungen, Befinden



Die regelmäßige Selbstkontrolle und Dokumentation des Blutzuckers ist für eine gute und erfolgreiche Behandlung Ihres Diabetes mellitus unverzichtbar.

Tragen Sie die Ergebnisse Ihrer Messungen in dieses Diabetes-Tagebuch ein und besprechen Sie diese mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

Bitte nehmen Sie dieses Tagebuch zu Ihren Arztbesuchen mit!

Kontakt:

office@therapie-aktiv.at

www.therapie-aktiv.at

IMPRESSUM:

Herausgeber, für den Inhalt verantwortlich:

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Josef-Pongratz-Platz 1, 8010 Graz

Auflage 2017