Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

DIABETES-TAGEBUCH

Für Typ-2-DiabetikerInnen

Name: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Telefon: .....

Im Bedarfsfall zu verständigen: .....

.....

Telefon: .....

Hausärztin/Hausarzt: .....

.....

Telefon: .....

Klinik: .....

Telefon: .....

Medikamente: .....

.....

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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.:							

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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

Therapie Aktiv
DIABETES IM GRIFF

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:
Medieninhaber und Herausgeber: Österreichische Gesundheitskasse, Haidingergasse 1, 1030 Wien
www.gesundheitskasse.at/impressum
Redaktion: ÖGK Landesstelle Steiermark, Josef-Pongratz-Platz 1, 8010 Graz
Fotos/Bilder: © Hein Nouwens, sayid/Fotolia.com
Hersteller: Niegelhell, Leitringer Hauptstraße 23, 8435 Leitring
Auflage 2020