



**Behandlungs- und Schulungsprogramm
für Patienten mit intensivierter Insulintherapie**

Diabetes-Tagebuch



KIRCHHEIM

Kirchheim-Verlag, Mainz

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

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

Tragen Sie die Ergebnisse Ihrer Blutzuckermessungen in dieses Diabetes-Tagebuch ein, und besprechen Sie die selbst gemessenen Werte mit Ihrem Arzt.

Vergessen Sie bitte nicht, besondere Vorkommnisse (z. B. Unterzuckerungen oder Sport) einzutragen.

Bitte führen Sie dieses Diabetes-Tagebuch ständig bei sich.

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Angehörige: _____

Telefon: _____

Hausarzt: _____

Telefon: _____

Klinik: _____

Telefon: _____

Normalinsulin: _____

Verzögerungs-
insulin: _____

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										

HbA_{1c}

_____ %
(alle 3 Monate)

Datum: _____

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										

HbA_{1c} _____ %

Datum: _____

(alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										

HbA_{1c}

_____ %
(alle 3 Monate)

Datum: _____

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										

HbA_{1c} _____ %

Datum: _____

(alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										

HbA_{1c} _____ %

Datum: _____

(alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c}

_____ %
(alle 3 Monate)

Datum: _____

Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										

HbA_{1c}

_____ %
(alle 3 Monate)

Datum: _____

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										
Datum:	Uhrzeit										Bemerkungen:
	KE										
	Blutzucker										
	Normalinsulin										
	Verzögerungsinsulin										

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____
 (alle 3 Monate)

Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											
Datum:	Uhrzeit											Bemerkungen:
	KE											
	Blutzucker											
	Normalinsulin											
	Verzögerungsinsulin											

HbA_{1c} _____ % Datum: _____

(alle 3 Monate)

www.patientenschulungsprogramme.de
info@patientenschulungsprogramme.de

ISBN: 978-3-87409-325-5

Dr. med. Monika Grüßer und Dr. med. Viktor Jörgens

© 2008 Verlag Kirchheim + Co GmbH,

Postfach 2524, 55015 Mainz,

www.kirchheim-verlag.de

Ich habe Diabetes

Sollten Sie mich bewußtlos auffinden,
rufen Sie sofort einen Arzt.

Ich habe dann sehr wahrscheinlich
eine Unterzuckerung.

Bis der Arzt kommt,
legen Sie mich bitte auf die Seite.

Danke!

ISBN: 978-3-87409-325-5