Diabetes-Tagebuch

Name: _____ **Datum:** _____

Blutzuckerwerte:

Vor dem Frühstück: _____ mg/dL oder mmol/L

Nach dem Frühstück: _____ mg/dL oder mmol/L

Vor dem Mittagessen: _____ mg/dL oder mmol/L

Nach dem Mittagessen: _____ mg/dL oder mmol/L

Vor dem Abendessen: _____ mg/dL oder mmol/L

Nach dem Abendessen: _____ mg/dL oder mmol/L

Vor dem Schlafengehen: _____ mg/dL oder mmol/L

Insulin/Medikamente

Frühstück:

Insulin/Medikament: _____ Einheiten

Besonderheiten: _____

Mittagessen:

Insulin/Medikament: _____ Einheiten

Besonderheiten: _____

Abendessen:

Insulin/Medikament: _____ Einheiten

Besonderheiten: _____

Vor dem Schlafengehen:

Insulin/Medikament: _____ Einheiten

Besonderheiten: _____

Weitere Medikamente _____

https://www.download-kostenlos.org

Kohlenhydrataufnahme

Frühstück:

Essen/Getränk: _____

Geschätzte Kohlenhydratmenge: _____ Gramm

Mittagessen:

Essen/Getränk: _____

Geschätzte Kohlenhydratmenge: _____ Gramm

Abendessen:

Essen/Getränk: _____

Geschätzte Kohlenhydratmenge: _____ Gramm

Snacks:

Essen/Getränk: _____

Geschätzte Kohlenhydratmenge: _____ Gramm

Weitere Anmerkungen zu den Mahlzeiten: _____

_____

Bewegung und körperliche Aktivität

Art der Aktivität: _____

Dauer: _____ Minuten/Stunden

Auswirkungen auf den Blutzucker: _____

Besonderheiten: _____

Besondere Vorkommnisse

Unterzuckerung - Symptome und Maßnahmen: _____

Überzuckerung - Symptome und Maßnahmen: _____

Besuche beim Arzt: _____

Sonstige besondere Vorkommnisse:

_____