

# Diabetes Tagebuch

Hilfsmittel für Diabetiker



Folgen Sie uns  
auf facebook.



**A.MENARINI**  
diagnostics



### **Persönliche Daten:**

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Adresse des Patienten

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name behandelnder Arzt / Krankenhaus

### **Im Notfall benachrichtigen:**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name des Arzt / Krankenhaus

**Weitere Broschüren und Informationen  
erhalten Sie bei der A. Menarini Diabetes-Infoline:  
(01) 230 85 10**

# Diabetestagebuch

Dies ist ein Notizheft für Diabetiker. Sein Zweck ist nicht, das Ausmaß der Kontrolle zu beurteilen, sondern ein Hilfsmittel bereitzustellen, das den Dialog zwischen dem Arzt und seinen Patienten erleichtern soll.

- ✓ 1. Notieren Sie alle Ihre persönlichen Blutzuckerwerte.
- ✓ 2. Tragen Sie in die weißen Felder die verabreichte Menge Insulin ein.
- ✓ 3. Tragen Sie alle Ergebnisse ein, die Ihnen relevant erscheinen.
- ✓ 4. Vergessen Sie das Heft nicht, wenn Sie zum Arzt gehen.
- ✓ 5. Tragen Sie immer das aktuelle Datum ein.

Blutzucker  
Tabletten- oder Insulindosis



**A.MENARINI**  
diagnostics

**Bemerkungen:**

z.B. Blutdruck,  
Ereignisse, Befinden,  
Gewicht, Krankheit usw.

**Datum**



**Frühstück**

vor

nach

**Mittagessen**

vor

nach

**Abendessen**

vor

nach

**Nacht**

Tag / Monat

29.1.

95

115

135

138

122

Morgenübelkeit

10 IE

Tag / Monat

Notieren Sie alle persönlichen Messungen um einen möglichst umfangreichen Gesamtüberblick zu erhalten.  
Unter Bemerkungen tragen Sie die Ereignisse ein, die Ihnen relevant erscheinen.



|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |  |                                                    |
|                                                                                                  | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  |                                                                                                                                                                                   |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach                                                                                                                                |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Diabetes-Infoline: (01) 230 85 10**

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |  |                                                    |
|                                                                                                  | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  |                                                                                                                                                                                   |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach                                                                                                                                |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |  |                                                    |
|                                                                                                  | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  |                                                                                                                                                                                   |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |                                                                            |  |                                                     |  |                                                    |  |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Datum</b><br> | <div> <div>Blutzucker</div> <div>Tabletten- oder Insulindosis</div> </div> |  |                                                     |  |                                                    |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |
|                                                                                                  | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach                          |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach |  |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                                            |  |                                                     |  |                                                    |  |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                  |                                                                            |  |                                                     |  |                                                    |  |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                                            |  |                                                     |  |                                                    |  |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                  |                                                                            |  |                                                     |  |                                                    |  |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                                            |  |                                                     |  |                                                    |  |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                  |                                                                            |  |                                                     |  |                                                    |  |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Diabetes-Infoline: (01) 230 85 10**

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach                                                                                                                                |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach                                                                                                                                |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach                                                                                                                                |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw.<br> |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach                                                                                                                                |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                   |  |  |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw. |  |              |
|                                                                                                  | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach                                         |  | <b>Nacht</b> |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw. |  |              |
|                                                                                                  | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach                                         |  | <b>Nacht</b> |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Bestellen Sie rechtzeitig Ihr neues Diabetestagebuch: (01) 230 85 10*



|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|
| <b>Datum</b><br> | Blutzucker<br>Tabletten- oder Insulindosis        |  |  <b>A.MENARINI</b><br>diagnostics |  | <b>Bemerkungen:</b><br>z.B. Blutdruck,<br>Ereignisse, Befinden,<br>Gewicht, Krankheit usw. |  |              |
|                                                                                                  | <b>Frühstück</b><br>vor                      nach |  | <b>Mittagessen</b><br>vor                      nach                                                               |  | <b>Abendessen</b><br>vor                      nach                                         |  | <b>Nacht</b> |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
| Tag / Monat                                                                                      |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |
|                                                                                                  |                                                   |  |                                                                                                                   |  |                                                                                            |  |              |

|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tag / Monat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Mein Diabetesmanagement

## Selbstkontrolle:

- Blutzuckermessung wie vom Arzt empfohlen
- regelmäßige Blutdruckmessung
- regelmäßige Gewichtskontrolle
- tägliche Fußkontrolle

## Ärztliche Kontrolle:

- vierteljährliche HbA1c Messung
- vierteljährliche professionelle Fußkontrolle
- mind. 2 x jährlich Check bei Internist und Augenarzt
- gegebenenfalls weiterführende Untersuchungen, wenn von Ihrem Arzt angeordnet



# Achtung Unterzuckerung

Die Unterzuckerung ist eine Verringerung des Blutzuckers. Im allgemeinen erzeugt sie Schwitzen, Herzklopfen, Zittern, Konzentrationsschwierigkeiten, verschwommene und doppelte Sicht, etc.

Bei Auftreten oder bloßem Verdacht von Unterzuckerung nehmen Sie 15 Gramm Zucker oder Gleichwertiges zu sich (Flüssig- oder Traubenzucker, ein Glas Fruchtsaft oder Limonade).

# Weitere hilfreiche Informationen



- Diabetische Ketoazidose:  
Ein Ratgeber für die Sicherheit von Diabetikern
- Bewegter Alltag:  
Tipps für mehr Bewegung im Alltag
- Liebe, Lust und Diabetes:  
Tipps für ein zufriedenstellendes Sexualleben.
- Sommer, Sonne, Diabetes:  
10 Tipps für heiße Tage mit Diabetes



Einfach scannen  
und Broschüre kostenlos herunterladen.

**Blutzucker messen:**  
*so einfach*  
**wie Zähneputzen.**



Kostenloses Testgerät:  
**(01) 230 85 10**



**A.MENARINI**  
diagnostics