



CT

DIABETES-TAGEBUCH

FÜR DIE
KONVENTIONELLE THERAPIE

PERSÖNLICHE ANGABEN

Dieses Diabetes Tagebuch gehört

Name

Adresse

Telefon, E-Mail

In Notfällen zu alarmieren

Name

Adresse

Telefon, E-Mail

Lieber Patient,
für eine gute und erfolgreiche Behandlung Ihres Diabetes mellitus ist die regelmäßige Selbstkontrolle unverzichtbar. Wenn Sie alle Ihre Messergebnisse und besondere Vorkommnisse sorgfältig eintragen, geben Sie Ihrem Arzt und sich selbst eine wichtige Hilfe.

Behandelnder Arzt (Stempel)

Schwerpunktpraxis/Klinik (Stempel)

PERSÖNLICHE ANGABEN

Diabetes wurde festgestellt am _____

- Diabetes vom
- Typ 1
 - Typ 2
 - andere
- _____

Art der Diabetestherapie

- Ausschließlich Diät seit _____
- Orale Antidiabetika seit _____
- Insulin seit _____

Folgende Probleme kommen hinzu

z. B. Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, diabetische Folgeschäden,
Alkohol, Rauchen ...

Persönliche Notizen

WICHTIGE HINWEISE

Ziel Ihrer Diabetesbehandlung ist es, eine stabile Stoffwechseleinstellung zu erreichen und insbesondere das Risiko von Folgeschäden an Blutgefäßen und Nerven zu minimieren. Grundsätzlich empfehlen wir:

- Überprüfen Sie Ihren Blut- und Harnzucker regelmäßig.
- Bestimmen Sie gegebenenfalls Aceton im Urin.
- Tragen Sie alle Messwerte und sonstige Vorkommnisse (z. B. Sport oder Unterzuckerung) in Ihr Tagebuch ein.
- Informieren Sie sich über Diabetes mellitus und die Vermeidung von Folgeschäden. Nehmen Sie an Schulungen und Selbsthilfegruppen teil, gehen Sie regelmäßig zum Arzt, auch zum Augenarzt und Zahnarzt.
- Nehmen Sie bei Unterzuckerung sofort schnell wirksame Kohlenhydrate, z. B. Fruchtsaft, zuckerhaltige Limonade oder Traubenzucker (etwa 10–20 g) ein und führen Sie diesen stets mit sich.
- Sprechen Sie Ihren Arzt auf Glukagon an.
- Lernen Sie Ihre Hypoglykämiezeichen kennen.
- Untersuchen Sie regelmäßig Ihre Füße, um Fußprobleme rechtzeitig zu erkennen. Suchen Sie bei Veränderungen Ihren Arzt auf.
- Tragen Sie gut passende Schuhe.
- Verletzen Sie sich nicht beim Nägelschneiden, gehen Sie ggf. zur Fußpflege.

SONSTIGES

- Informieren Sie sich bei Ihrem Arzt über weitere Risiken und Notfallvermeidung.
- Unterrichten Sie frühestmöglich Verwandte, Freunde etc. über zu ergreifende Maßnahmen in Notfällen und bei sonstigen Problemen.

Sorgen Sie für eine dauerhaft optimale Blutzuckereinstellung. Nur so können Sie das Risiko von Folgeschäden an Augen, Nieren und Nerven maßgeblich beeinflussen. Hierzu ist auch das regelmäßige Führen Ihres Diabetiker Tagebuchs äußerst hilfreich.

Zur Vorbeugung von Herz- und Kreislauferkrankungen sollten Sie nicht rauchen, keine erhöhten Blutfettwerte aufweisen, Übergewicht vermeiden und erhöhten Blutdruck senken. Unterstützend hierzu wirkt eine gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität. Bitte denken Sie daran, dass auch der Alkoholkonsum zu Hypoglykämien führen kann. In diesem Fall ist der Glukagon unwirksam.



In diesem Tagebuch finden Sie verschiedene Symbole. Diese Symbole haben folgende Bedeutung:



Vor der Mahlzeit



Nach der Mahlzeit



Denken Sie an die tägliche Fußkontrolle!


MEDIKAMENTE

Folgende Medikamente müssen ständig eingenommen werden:

Medikament	Dosierung	seit (Datum)



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				


Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _ . _ . _ .				
Di _ . _ . _ .				
Mi _ . _ . _ .				
Do _ . _ . _ .				
Fr _ . _ . _ .				
Sa _ . _ . _ .				
So _ . _ . _ .				
Mo _ . _ . _ .				
Di _ . _ . _ .				
Mi _ . _ . _ .				
Do _ . _ . _ .				
Fr _ . _ . _ .				
Sa _ . _ . _ .				
So _ . _ . _ .				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _ _ . _ _ _				
Di _ _ . _ _ _				
Mi _ _ . _ _ _				
Do _ _ . _ _ _				
Fr _ _ . _ _ _				
Sa _ _ . _ _ _				
So _ _ . _ _ _				
Mo _ _ . _ _ _				
Di _ _ . _ _ _				
Mi _ _ . _ _ _				
Do _ _ . _ _ _				
Fr _ _ . _ _ _				
Sa _ _ . _ _ _				
So _ _ . _ _ _				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._. _._				
Di _._. _._				
Mi _._. _._				
Do _._. _._				
Fr _._. _._				
Sa _._. _._				
So _._. _._				
Mo _._. _._				
Di _._. _._				
Mi _._. _._				
Do _._. _._				
Fr _._. _._				
Sa _._. _._				
So _._. _._				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo __.__.__				
Di __.__.__				
Mi __.__.__				
Do __.__.__				
Fr __.__.__				
Sa __.__.__				
So __.__.__				
Mo __.__.__				
Di __.__.__				
Mi __.__.__				
Do __.__.__				
Fr __.__.__				
Sa __.__.__				
So __.__.__				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._. _._				
Di _._. _._				
Mi _._. _._				
Do _._. _._				
Fr _._. _._				
Sa _._. _._				
So _._. _._				
Mo _._. _._				
Di _._. _._				
Mi _._. _._				
Do _._. _._				
Fr _._. _._				
Sa _._. _._				
So _._. _._				


Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo __.__.__				
Di __.__.__				
Mi __.__.__				
Do __.__.__				
Fr __.__.__				
Sa __.__.__				
So __.__.__				
Mo __.__.__				
Di __.__.__				
Mi __.__.__				
Do __.__.__				
Fr __.__.__				
Sa __.__.__				
So __.__.__				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?

DIABETES TAGEBUCH CT



Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _ _ . _ _ _				
Di _ _ . _ _ _				
Mi _ _ . _ _ _				
Do _ _ . _ _ _				
Fr _ _ . _ _ _				
Sa _ _ . _ _ _				
So _ _ . _ _ _				
Mo _ _ . _ _ _				
Di _ _ . _ _ _				
Mi _ _ . _ _ _				
Do _ _ . _ _ _				
Fr _ _ . _ _ _				
Sa _ _ . _ _ _				
So _ _ . _ _ _				

BESTELLEN SIE JETZT IHR NEUES
TAGEBUCH! SIEHE SEITE 51

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._. _._				
Di _._. _._				
Mi _._. _._				
Do _._. _._				
Fr _._. _._				
Sa _._. _._				
So _._. _._				
Mo _._. _._				
Di _._. _._				
Mi _._. _._				
Do _._. _._				
Fr _._. _._				
Sa _._. _._				
So _._. _._				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._. _._				
Di _._. _._				
Mi _._. _._				
Do _._. _._				
Fr _._. _._				
Sa _._. _._				
So _._. _._				
Mo _._. _._				
Di _._. _._				
Mi _._. _._				
Do _._. _._				
Fr _._. _._				
Sa _._. _._				
So _._. _._				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?

DIABETES TAGEBUCH CT



Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

BESTELLEN SIE JETZT IHR NEUES
TAGEBUCH! SIEHE SEITE 51

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?



DIABETES TAGEBUCH CT

Tageskontrolle (Blutzucker)

Datum	 früh 	 mittags 	 abends 	spät
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				
Mo _._._.				
Di _._._.				
Mi _._._.				
Do _._._.				
Fr _._._.				
Sa _._._.				
So _._._.				

Insulin/Tabletten

Bemerkungen

morgens	mittags	abends	spät	Blutdruck	Gewicht	Fußkontrolle
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK? 
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?
						<input type="checkbox"/> OK?

WICHTIGE HINWEISE

HIER ERHALTEN SIE WEITERE INFORMATIONEN

INSULINER-Verlag

Vor dem Dickenhahn 25,

56472 Dreisbach

Telefon (0 26 61) 9 17 66 44

Fax (0 26 61) 9 17 66 54

verlag@insuliner.de

www.insuliner.de

BENÖTIGEN SIE EIN NEUES TAGEBUCH?

BESTELLEN SIE SICH KOSTENLOS IHR NEUES TAGEBUCH BEI UNS



Für die intensivierte
konventionelle Therapie (ICT)



Für die konventionelle
Therapie (CT)

HOTLINE (0 56 61) 9147-7000

Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr

Besuchen Sie uns im Internet!

Unter der Adresse www.bbraun.de/diabetes-patienten
steht umfangreiches Fachwissen zur Verfügung

ALLES WISSENSWERTE AUF EINEN BLICK

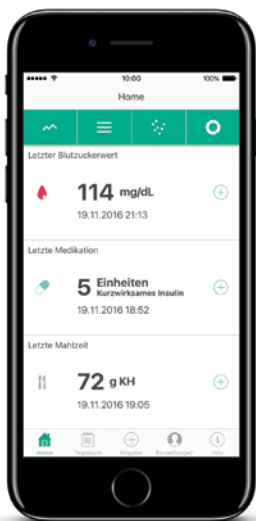
www.bbraun.de/diabetes-patienten

Der B. Braun-Onlineservice richtet sich an Diabetiker und deren Angehörige. Hier finden Betroffene umfassende Informationen, Expertentipps und Downloads rund um das Thema Diabetes. Auch Fachgruppen wie Ärzte und Diabetesberater erfahren Wissenswertes zur Erleichterung ihrer täglichen Arbeit.



Omnitest® App

Mit der neuen Omnitest® App können iOS Nutzer jederzeit und überall ihre Diabetes-Daten unabhängig vom Internetzugang verwalten. Die verschiedenen Ansichten, wie Grafik oder Statistik, helfen beim einfachen Verständnis der Daten. Dank der Exportfunktion können diese dann auch mit dem Arzt besprochen oder anderweitig verwendet werden.



Die App kann kostenlos im AppStore heruntergeladen werden.

Kostenlose Auswertung und automatischer Datentransfer per Bluetooth® zur Omnitest® App. Kompatibel mit den Software Lösungen DIABASS®, Smart Pix und SiDiary. Omnitest® App Diabetes-Tagebuch erhältlich für iOS & Android.



Omnitest® 5 Blutzuckermess-System

DIE PRODUKTVORTEILE:

- Kein Codieren erforderlich
- Nicht mehr als 0,5 µL Blut
- Nur 5 Sekunden Messzeit



Omnitest® 5 Set	ART.-NR.	PZN
■ schwarz mg/dL	9552855MGDE	10549862
■ schwarz mmol/L	9552855MMDE	10549879
Omnitest® 5 Teststreifen	ART.-NR.	PZN
2 x 25 Stück	9552709DE	10549885
2 x 50 Stück	9552731DE	10549891

Gewinner des internationalen
Good Design Awards



Omnican® fine Penkanülen

- Dünnwandtechnologie für einen optimierten Insulinfluss
- Der hochfeine Drei-Facetten-Schliff und die Silikonbeschichtung lassen eine nahezu schmerzfreie Injektion zu
- Einfache und sichere Handhabung
- Latex-frei, PVC-frei, DEHP-frei
- Passend für alle gängigen Insulinpens

Im Set: 100 Omnican® fine Penkanülen
plus 1 x gratis Entsorgungsbox

- Praktisch für zu Hause und unterwegs
- Kapazität für 100 Omnican® fine Penkanülen



Pen-Kanülen sind sterile Einmalprodukte. Mehrfachverwendung führt zu einer Abnutzung und geringeren Sicherheit. Bitte wechseln Sie die Penkanüle nach jeder Injektion! Entsorgen Sie die Penkanüle in einem Abwurfbehälter.

ARTIKEL	VE	ART.-NR.	PZN
Omnican® fine Comfort – die Penkanülen mit einzigartiger Entsorgungsbox			
4 mm 31G – 0,25 mm x 4 mm	100 Stück	9167846SE	14054850
6 mm 31G – 0,25 mm x 6 mm	100 Stück	9167668SE	14054867
8 mm 31G – 0,25 mm x 8 mm	100 Stück	9167684SE	14054873
12 mm 29G – 0,33 mm x 12 mm	100 Stück	9167641SE	14054896

Lassen Sie sich die Omnican® fine Penkanülen im Set
von Ihrem Arzt verordnen: **HiMiV: 03.99.99.1001**



ICH BIN DIABETIKER!

Sollten Sie mich **benommen** oder **hilflos** auffinden, kann dies mit meiner Zuckerkrankheit zusammenhängen. **Ich habe dann wahrscheinlich eine Unterzuckerung.** Wenn ich noch schlucken kann, geben Sie mir bitte etwas Zucker bzw. ein gezuckertes Getränk. **Bitte rufen Sie sofort einen Arzt** oder einen Rettungswagen (Tel. 112). Bis der Arzt kommt, legen Sie mich bitte auf die Seite, wenn möglich in die stabile Seitenlage. Vielen Dank.

I'M A DIABETIC!

If you find me **stunned** or **helpless**, this could be because of my diabetes. **It is likely I have too little sugar in my blood** (hypoglycaemia). If I am still able to swallow, please give/hand me a piece of sugar. **Please call a doctor** or an ambulance immediately. Until the doctor arrives, please place me into the recovery position, if possible. Thank you.

HOTLINE (0 56 61) 9147-70 00

Montag bis Freitag von 8.00 bis 18.00 Uhr

Besuchen Sie uns im Internet!

Unter der Adresse www.bbraun.de/diabetes-patienten
steht umfangreiches Fachwissen zur Verfügung

B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG | Tel. (0 56 61) 9147-70 00

E-Mail: info.de@bbraun.com | www.bbraun.de

Betriebsstätte: Melsungen

Carl-Braun-Straße 1 | 34212 Melsungen