

Diabetes-Typ-2-Tagebuch



- für intensivierete Insulintherapie
- für Normalinsulintherapie

Vorname, Name: _____

Name des Verzögerungsinsulins: _____ Name des Normalinsulins: _____

KW _____ / 20 _____							Blutdruck	Bemerkungen
Mo	Datum	Uhrzeit					morgens	
	KE					/		
	BZ-Wert					mittags		
	Normalinsulin					/		
	Verzög.-Insulin					abends		
						/		
Di	Datum	Uhrzeit					morgens	
	KE					/		
	BZ-Wert					mittags		
	Normalinsulin					/		
	Verzög.-Insulin					abends		
						/		
Mi	Datum	Uhrzeit					morgens	
	KE					/		
	BZ-Wert					mittags		
	Normalinsulin					/		
	Verzög.-Insulin					abends		
						/		
Do	Datum	Uhrzeit					morgens	
	KE					/		
	BZ-Wert					mittags		
	Normalinsulin					/		
	Verzög.-Insulin					abends		
						/		
Fr	Datum	Uhrzeit					morgens	
	KE					/		
	BZ-Wert					mittags		
	Normalinsulin					/		
	Verzög.-Insulin					abends		
						/		
Sa	Datum	Uhrzeit					morgens	
	KE					/		
	BZ-Wert					mittags		
	Normalinsulin					/		
	Verzög.-Insulin					abends		
						/		
So	Datum	Uhrzeit					morgens	
	KE					/		
	BZ-Wert					mittags		
	Normalinsulin					/		
	Verzög.-Insulin					abends		
						/		