



MEIN BLUTZUCKERTAGEBUCH

Zur Unterstützung im täglichen Umgang mit Ihrem
Diabetes und den Blutzuckermessungen

Notdienst: 112

Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116 117

PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ & Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose(n): _____

KONTAKTPERSON IM NOTFALL

Name: _____

Telefon: _____

Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name der Ärztin / des Arztes: _____

Anmerkungen: _____

MEINE MEDIKAMENTE

Name	Wirkstoff	Morgens	Mittags	Abends	Anmerkung

MEINE BASIS- UND ZIELWERTE

	Aktueller Wert	Zielwert	Anmerkung
Körpergewicht			
Body-Maß-Index			
Blutzucker (nüchtern)			
Blutzucker (nach dem Essen)			
Blutzucker (abends)			
HbA1c			
Blutdruck			

MEINE WEITEREN ZIELE

Ernährungsumstellung	
Gewichtsabnahme	
Bewegungstherapie	
Rauchen aufgeben	

WOCHE: _____



vor der Mahlzeit



2 Stunden nach der Mahlzeit

TABLETTE/INSULINDOSIS								
	FRÜHSTÜCK		MITTAGESSEN		ABENDESSEN		NACHTS	BEMERKUNGEN
								
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	

WOCHE: _____



vor der Mahlzeit



2 Stunden nach der Mahlzeit

TABLETTEN/ INSULINDOSIS								
	FRÜHSTÜCK		MITTAGESSEN		ABENDESSEN		NACHTS	BEMERKUNGEN
								
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	

WOCHE: _____



vor der Mahlzeit



2 Stunden nach der Mahlzeit

TABLETTEN/ INSULINDOSIS								
	FRÜHSTÜCK		MITTAGESSEN		ABENDESSEN		NACHTS	BEMERKUNGEN
								
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	

WOCHE: _____



vor der Mahlzeit



2 Stunden nach der Mahlzeit

TABLETTEN/ INSULINDOSIS								
	FRÜHSTÜCK		MITTAGESSEN		ABENDESSEN		NACHTS	BEMERKUNGEN
								
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	

WOCHE: _____



vor der Mahlzeit



2 Stunden nach der Mahlzeit

TABLETTE/INSULINDOSIS								
	FRÜHSTÜCK		MITTAGESSEN		ABENDESSEN		NACHTS	BEMERKUNGEN
								
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	
(Tag/Monat)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	

Interpretation/ Auswertung

Ärztliche Empfehlungen



Juta Pharma GmbH
Gutenbergstraße 13
24941 Flensburg
GERMANY

Telefon: +49 461 9957990
Telefax: +49 461 995799-40
info@jutapharma.de
www.jutapharma.de