

allesgute :) [stada-diagnostics.de](http://stada-diagnostics.de)

# DIABETES TAGEBUCH



STADA  
Diagnostik   
DIABETES

  
STADA



Ja, bitte schicken Sie mir ein neues  
Tagebuch.

---

Name

---

Straße/Hausnummer

---

PLZ/Ort

---

Telefon

---

Name des behandelnden Arztes

---

Telefonnummer des behandelnden Arztes

---

Allergien, sonstige Erkrankungen

---

---

Derzeit eingenommene Medikamente

---

Blutgruppe

**ICH BIN DIABETESPATIENT.**

Bitte benachrichtigen Sie im Notfall die folgende(n)  
Person(en):

---

Name

---

Straße/Hausnummer

---

PLZ/Ort

---

Telefon

Vor Beginn Ihrer Blutzuckertests müssen Sie festlegen, wie oft Sie diesen Test durchführen sollen. In der Regel wird empfohlen, dass Patienten, die mit Insulin behandelt werden, mindestens 3 bis 4 Mal am Tag Ihren Blutzucker ermitteln. Führen Sie Tests häufiger durch, wenn Sie sich nicht wohl fühlen oder krank sind.<sup>1</sup>

Besprechen Sie mit Ihrem Arzt, wie oft und zu welchem Zeitpunkt Sie Ihren Blutzucker am Tag testen sollten und in welchem Zielbereich Ihre Testergebnisse liegen sollten.

### Empfehlung meines Arztes:

\_\_\_\_\_ Mal am Tag

### Zielbereich:

Morgens \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ mg/dl (mmol/l)

Vor Mahlzeiten \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ mg/dl (mmol/l)

2 Stunden nach  
einer Mahlzeit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ mg/dl (mmol/l)

Vor  
dem Zubettgehen \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ mg/dl (mmol/l)

2–3 Uhr morgens \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ mg/dl (mmol/l)

<sup>1</sup>American Diabetes Association. Managing Diabetes. *Putting the Pieces Together: What does it Mean?* Abgerufen: 4. Februar 2004 unter <http://www.diabetes.org/for-parents-and-kids/diabetes-care/managing-diabetes.jsp>

## *Achten Sie auf Ihre Gesundheit ...*

Es wird empfohlen:

- Unterziehen Sie sich zweimal im Jahr einer Augenuntersuchung, bei der die Pupillen erweitert werden.
- Lassen Sie bei jedem Arztbesuch Ihren Blutdruck messen.
- Lassen Sie Ihren Cholesterinspiegel mindestens viermal im Jahr bestimmen.
- Bitten Sie Ihren Arzt mindestens zweimal im Jahr um eine vollständige Fußuntersuchung.
- Untersuchen Sie Ihre Füße jeden Tag.<sup>2</sup>

## *Machen Sie sich mit Ihren Zielbereichen vertraut*

Tests	Ziel	Mein Ziel	Meine Ergebnisse (Datum)
HbA1c	<7	_____	_____
Blutdruck	<130/80	_____	_____
Cholesterin			
Gesamt	<200	_____	_____
HDL	>45	_____	_____
LDL	<100	_____	_____
Triglyzeride	<150	_____	_____
Mikroalbumin	<30	_____	_____

<sup>2</sup>American Diabetes Association (2003). A Guide to the ADA Standards of Care, Rev. 01/03.

Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
 • Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---







Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
 • Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---







Tag/Monat	Frühstück		Mittagessen		Abendessen		Nacht
	vor	nach	vor	nach	vor	nach	

Besonderheiten: • Mehr/weniger Bewegung als normal • Krankheit/Infektion  
• Mehr/weniger gegessen als üblich

---



---



---



---



# So können Sie das neue Tagebuch bestellen:



Webseite:

[www.stada-diagnostics.de/diabetes](http://www.stada-diagnostics.de/diabetes)



E-Mail:

[diabetes@stada.de](mailto:diabetes@stada.de)



Telefon:

**06101 603 591**



Umschlagseite per Post:

**STADApHarm GmbH**  
**Bereich Diabetes**  
**Stadastr. 2-18**  
**61118 Bad Vilbel**





Bitte  
ausreichend  
frankieren

## **STADApHarm GmbH**

Bereich Diabetes

Stadastr. 2-18

61118 Bad Vilbel

alles gute :) [stada-diagnostik.de](http://stada-diagnostik.de)

**STADA**  
**Diagnostik**   
D I A B E T E S

## Unser Service für Sie:

Info-Hotline:

**06101 603 591**

E-Mail:

**[diabetes@stada.de](mailto:diabetes@stada.de)**

9704155 1501

**STADApHarm GmbH**  
Stadastraße 2-18  
61118 Bad Vilbel  
[www.stada.de](http://www.stada.de)

  
**STADA**