

Diabetes-Typ-2-Tagebuch

für Menschen, die Insulin injizieren



Vorname, Name: _____

Name des Insulins: _____

Ernährungsplan	KE	oder	BE
Frühstück			
Zwischenmahlzeit			
Mittagessen			
Zwischenmahlzeit			
Abendessen			
Späte Mahlzeit			

KW ____ / 20 ____

Datum	Insulin		Blutzuckerkontrolle				Blutdruck	Bemerkungen
	morgens	abends	morgens	mittags	abends	spät		
Mo							/	
Di							/	
Mi							/	
Do							/	
Fr							/	
Sa							/	
So							/	

KW ____ / 20 ____

Datum	Insulin		Blutzuckerkontrolle				Blutdruck	Bemerkungen
	morgens	abends	morgens	mittags	abends	spät		
Mo							/	
Di							/	
Mi							/	
Do							/	
Fr							/	
Sa							/	
So							/	