



# TAGEBUCH

FÜR DIE DIABETESTHERAPIE

# IHRE RUNDUMVERSORGUNG FÜR DIE DIABETESTHERAPIE



- Blutzuckermessgeräte
- Blutglucose-Teststreifen
- Insulinpumpen
- Blutlanzetten
- Pen Kanülen
- Infusion-Sets
- Entsorgungsbehälter
- Pflege-Cremeschaum

## SICHERHEITSPRODUKTE

- Sicherheits-Pen Kanülen
- Sicherheits-Einmal-Lanzetten

Vorname: .....

Name: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Telefon: .....

### Betreuende Ärzte:

Name: .....

Telefon: .....

Name: .....

Telefon: .....

### Zuständige Klinik:

Name: .....

Telefon: .....

### Kontaktperson im Notfall:

Name: .....

Telefon: .....

**Verwendete Insuline | Antidiabetika:**

---

---

---

---

**Sonstige Medikamente:**

---

---

---

---

---

---

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

**I.E.-KE/BE und KF:**

I.E. = Insulin-Einheiten | KE = Kohlenhydrate-Einheit | BE = Brot-Einheit

KF = Korrektur-Faktor | I.E.-KE/BE = Benötigte Insulin-Einheiten für 1 KE/BE

TAGESZEIT	I.E.-KE/BE	KF	ZIELWERT
MORGEN			
VORMITTAG			
MITTAG			
NACHMITTAG			
ABEND			
NACHT			

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....



ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

---

---

---

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

---

---

---

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---



ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

---

---

---

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

---

---

---

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---



ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

---

---

---

## BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

---

---

---

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

---

---

---

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---



ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

.....

.....

.....

## BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

---

---

---

# BLUTZUCKERSELBSTKONTROLLE

DATUM	MORGEN		MITTAG	ABEND	NACHT
	nüchtern				

**Bemerkungen:**

---

---

---

ORALTHERAPIE (TABLETTEN)

bitte  
ankreuzen

INSULINTHERAPIE

MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT
Bitte tragen Sie hier Tablettenmenge und/oder Insulineinheiten ein			

**Bemerkungen:**

---

---

---

A series of 20 horizontal dotted lines for taking notes.

# BLUTZUCKER-UMRECHNUNGSTABELLE

mg/dL → mmol/L

mmol/L → mg/dL

40	~	2,2	2	~	36
50	~	2,8	3	~	54
60	~	3,3	4	~	72
70	~	3,9	5	~	90
80	~	4,4	6	~	108
90	~	5,0	7	~	126
100	~	5,6	8	~	144
120	~	6,7	9	~	162
140	~	7,8	10	~	180
160	~	8,9	11	~	198
180	~	10,0	12	~	218
200	~	11,1	13	~	234
220	~	12,2	14	~	252
240	~	13,3	15	~	273
260	~	14,4	16	~	288
280	~	15,5	17	~	306
300	~	16,7	18	~	324
350	~	19,4	19	~	342
400	~	22,2	20	~	364
450	~	25,0	25	~	450

## Umrechnung

mg/dL x 0,0555 = mmol/L

## Umrechnung

mmol/L x 18,0182 = mg/dL



[www.imedc.de](http://www.imedc.de)



# IME-DC

Int. Medical Equipment Diabetes Care

---

**IME-DC GmbH**

Fuhrmannstraße 11  
95030 Hof | Germany

Tel: +49 9281 | 85 01 6-0  
Fax: +49 9281 | 85 01 6-100  
E-Mail: [info@imedc.de](mailto:info@imedc.de)  
Web: [www.imedc.de](http://www.imedc.de)