

4-Punkte Blutzucker-Profil

Nummer: FO-14294 Gültig ab: Gültig ab

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Wir bitten Sie, in der Woche vor Wiedervorstellung den Blutzucker (**BZ**) nach diesem Schema zu messen und in die Tabelle einzutragen.

Bitte **nur** an den **hellbraun** hinterlegten Zeitpunkten messen.

[Insulindosis nur auszufüllen, wenn Sie Insulin spritzen.](#)

Datum							
BZ morgens gleich nach dem Aufwachen							
Insulindosis vor dem Frühstück							
BZ 2 Std. nach dem Frühstück							
BZ vor dem Mittagessen							
Insulindosis vor dem Mittagessen							
BZ 2 Std. nach dem Mittagessen							
BZ vor dem Abendessen							
Insulindosis vor dem Abendessen							
BZ 2 Std. nach dem Abendessen							
BZ 22:00 Uhr bei Nachtinsulingabe							
Nachtinsulindosis/Uhrzeit							
BZ 2 Uhr nachts							

Danke!

Bei Fragen wenden Sie sich an Ihr Diabetesteam:

Tel. 030 209156 – 2336/2338 oder berlin-diabetes@endokrinologikum.com