

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum:	BZ-Wert in mg/dl	Insulin	Essen / BE bzw. KE
Vor Frühstück		IE	
2 h n. Frühstück		IE	
Vor Mittagessen		IE	
2 h n. Mittagessen		IE	
Vor Abendessen		IE	
2 h n. Abendessen		IE	
Nacht		IE	
Datum:	BZ-Wert in mg/dl	Insulin	Essen / BE bzw. KE
Vor Frühstück		IE	
2 h n. Frühstück		IE	
Vor Mittagessen		IE	
2 h n. Mittagessen		IE	
Vor Abendessen		IE	
2 h n. Abendessen		IE	
Nacht		IE	
Datum:	BZ-Wert in mg/dl	Insulin	Essen / BE bzw. KE
Vor Frühstück		IE	
2 h n. Frühstück		IE	
Vor Mittagessen		IE	
2 h n. Mittagessen		IE	
Vor Abendessen		IE	
2 h n. Abendessen		IE	
Nacht		IE	
Datum:	BZ-Wert in mg/dl	Insulin	Essen / BE bzw. KE
Vor Frühstück		IE	
2 h n. Frühstück		IE	
Vor Mittagessen		IE	
2 h n. Mittagessen		IE	
Vor Abendessen		IE	
2 h n. Abendessen		IE	
Nacht		IE	
Datum:	BZ-Wert in mg/dl	Insulin	Essen / BE bzw. KE
Vor Frühstück		IE	
2 h n. Frühstück		IE	
Vor Mittagessen		IE	
2 h n. Mittagessen		IE	
Vor Abendessen		IE	
2 h n. Abendessen		IE	
Nacht		IE	