



Roche

Tagebuch

**Für die Insulintherapie mit
festem Spritzschema (CT)**

ACCU-CHEK®

Roche

MEIN LEBEN
IST SCHON KOMPLIZIERT GENUG.
ZUM GLÜCK
GEHT BLUTZUCKERMESSEN JETZT
LEICHTER



Accu-Chek® Guide macht vieles leichter.

- Leichter Teststreifen handhaben dank der innovativen Teststreifenbox
- Leichter Blut auftragen durch die breitere Auftragsfläche
- Leichter im Dunkeln messen durch den beleuchteten Teststreifeneinschub

Jetzt testen: www.leichter-messen.de

Oder unter der kostenfreien

Telefonnummer: 0800 4466800

ACCU-CHEK®

Liebe Benutzerin, lieber Benutzer des Tagebuchs,

ein wichtiger Bestandteil in Ihrer Diabetestherapie ist die regelmäßige Blutzuckerselbstkontrolle. Denn je besser Sie Ihren individuellen Blutzuckerverlauf kennen, desto besser kann die Therapie darauf abgestimmt werden.

Das vorliegende Accu-Chek Tagebuch unterstützt Sie auf diesem Weg. Denn neben der Erfassung Ihrer Blutzuckerwerte über einen längeren Zeitraum können Sie in regelmäßigen Abständen auch Tagesprofile erstellen – daran sehen Sie genau, wie Alltagsereignisse (z. B. Essen, Sport, Krankheit) Ihren Blutzucker beeinflussen. Eine ausführliche Anleitung zum Erstellen von Tagesprofilen und Tagesprofilvorlagen finden Sie in diesem Tagebuch.

Diese umfassende Dokumentation Ihrer Werte ist die beste Voraussetzung für eine gute Blutzuckereinstellung durch Ihren Arzt - und hilft Ihnen dabei, Folgeerkrankungen des Diabetes zu vermeiden.

Ihr
Roche Diabetes Care Team

Dieses Tagebuch gehört

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Diabetes-Typ: _____

Betreuende Ärzte

Name/Telefon: _____

Klinik/Diabeteszentrum

Name/Telefon: _____

Im Notfall benachrichtigen

Name/Telefon: _____

Erklärung der Abkürzungen

KE = Kohlenhydrat-Einheit*

IE = Insulin-Einheit

*Schätzwert: 1 KE = 10-12 g KH (Kohlenhydrate)

Insuline

Sonstige Medikamente

Behandlungsplan

Tageszeit	Uhrzeit	Insulin/ Tabletten	KE
morgens			
vormittags			
mittags			
nachmittags			
abends			
spät			

Bemerkungen

Selbstkontrolle

(Blut- oder Urinzucker)

Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Lernen Sie mit einem Blutzuckertagesprofil Ihren Stoffwechsel noch besser kennen!

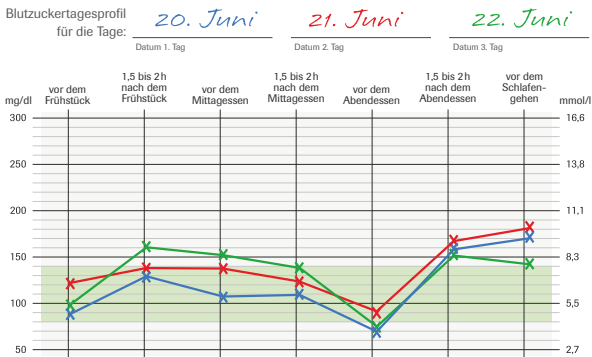
Blutzuckertagesprofile können helfen, ein besseres Gefühl für die Auswirkungen Ihres Alltags auf Ihren Körper und den Blutzuckerspiegel zu bekommen. Dadurch lernen Sie, große Blutzuckerschwankungen und Risikosituationen zu vermeiden (z. B. Über- oder Unterzuckerung) – die beste Vorbeugung gegen Folgeerkrankungen des Diabetes!

So gelangen Sie in wenigen Schritten zum Tagesprofil:

- Kontrollieren Sie an bis zu drei aufeinanderfolgenden Tagen jeweils siebenmal Ihre Blutzuckerwerte: vor jeder Mahlzeit und 1,5 bis 2 Stunden danach sowie einmal vor dem Schlafen.
- Tragen Sie alle Ergebnisse in Ihr Tagesprofil-Diagramm ein. Am besten, Sie benutzen für die Tage unterschiedliche Farben.
- Verbinden Sie die Messwerte eines Tages miteinander.

Beispiel für ein Blutzuckertagesprofil:

Auf der nächsten Seite sehen Sie ein Beispiel für ein fertiges Tagesprofil. Messwerte im grünen Bereich der Skala bedeuten, dass Ihr Blutzucker zum Zeitpunkt der Messung im Blutzuckernormbereich lag.



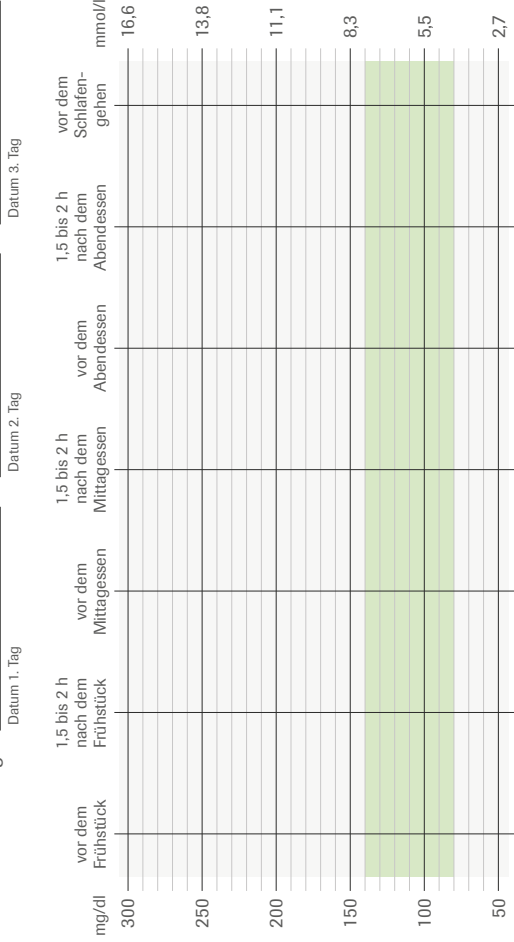
Was können Sie erkennen?

Ihr persönliches Tagesprofil hilft Ihnen, regelmäßig auftretende Auffälligkeiten wie zu hohe Nüchternblutzuckerwerte oder zu hohe Werte nach dem Essen zu erkennen. In diesem Beispiel sehen Sie einen Blutzuckeranstieg nach dem Abendessen und erhöhte Werte während des Abends.

Was können Sie tun?

Nehmen Sie Ihr Tagesprofil mit zu Ihrem nächsten Arztbesuch und sprechen Sie mit Ihrem Arzt über den Verlauf Ihrer Werte. Gemeinsam können Sie Ihre Diabetestherapie verbessern!

Blutzuckertagesprofil für die Tage:



Selbstkontrolle (Blut- oder Urinzucker)

Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

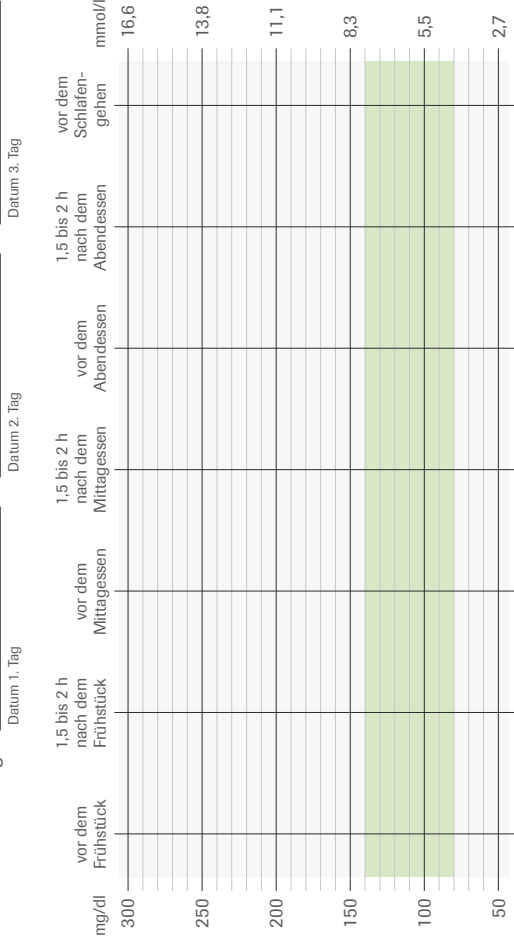
Datum/Körpergewicht: _____

Selbstkontrolle (Blut- oder Urinzucker)

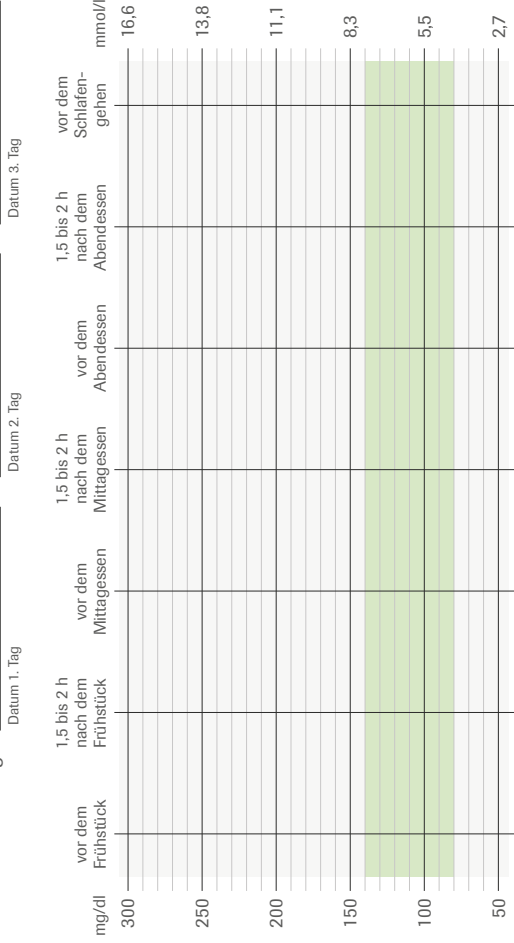
Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Blutzuckertagesprofil für die Tage:



Blutzuckertagesprofil für die Tage:



Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Selbstkontrolle

(Blut- oder Urinzucker)

Datum	morgens	mittags	abends	spät

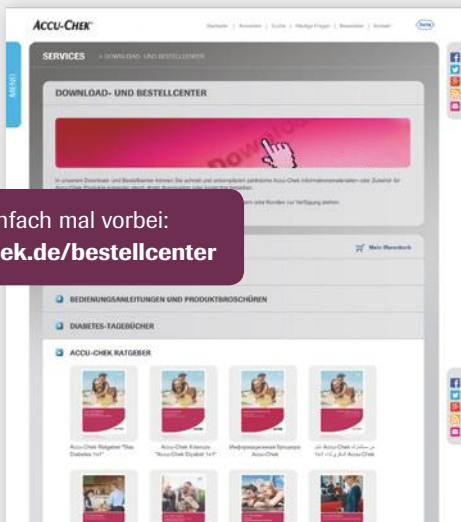
Datum/Körpergewicht: _____

Jetzt Tagebücher nachbestellen!

In unserem Download- und Bestellcenter können Sie sich Ihr nächstes Diabetiker-Tagebuch und andere aktuelle Accu-Chek Informationsmaterialien nach Hause bestellen oder direkt herunterladen.

Neben interessanten Produktinformationen finden Sie hier z. B. auch die beliebte Accu-Chek Ratgeberreihe und vieles mehr.

Schauen Sie einfach mal vorbei:
www.accu-chek.de/bestellcenter



Herr

Frau

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon

/

Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

E-Mail

Roche Diabetes Care Deutschland GmbH sichert Ihnen zu, dass Ihre Daten nur für interne Zwecke gespeichert und streng vertraulich nach den einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt werden. Wir möchten Sie künftig gerne über wissenswerte Neuigkeiten, insbesondere über Produktentwicklungen, auf dem Postwege, per Fax, per E-Mail bzw. telefonisch informieren oder auch Ihre Erfahrungen und Meinung erfragen. Hierzu bitten wir um Ihre Einwilligung.



Datum/Unterschrift

Selbstverständlich können Sie jederzeit von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und der Verwendung Ihrer Daten, insbesondere zu Werbezwecken, widersprechen. Rufen Sie einfach unser Accu-Chek Kunden Service Center an. Wir stehen von Mo. – Fr. von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr unter der **kostenfreien Telefonnummer 0800 4466800** zur Verfügung.

Roche Diabetes Care Deutschland GmbH, Sandhofer Straße 116, 68305 Mannheim

1. Wie oft pro Woche messen Sie selbst Ihren Blutzucker?

Ich messe _____ Mal pro Woche meinen Blutzucker.

2. Welches Blutzuckermesssystem benutzen Sie hauptsächlich?

Hersteller / Modellname: _____

3. Wie wird Ihr Diabetes behandelt?

- Diät/Ernährungstherapie
- OAD: Tabletten (orale Anti-Diabetika)
- Kombi: Tabletten und Insulin
- Insulinzufuhr
 - zwei- bis dreimal täglich zu festgesetzten Zeiten
 - mehrmals täglich nach Bedarf
- Insulinpumpe, Modell:

AC BK 16 TBCT

Bitte
freimachen,
falls Marke
zur Hand

Deutsche Post 
ANTWORT

Roche Diabetes Care
Deutschland GmbH
Postfach 102723
68027 Mannheim

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Selbstkontrolle (Blut- oder Urinzucker)

Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Selbstkontrolle (Blut- oder Urinzucker)

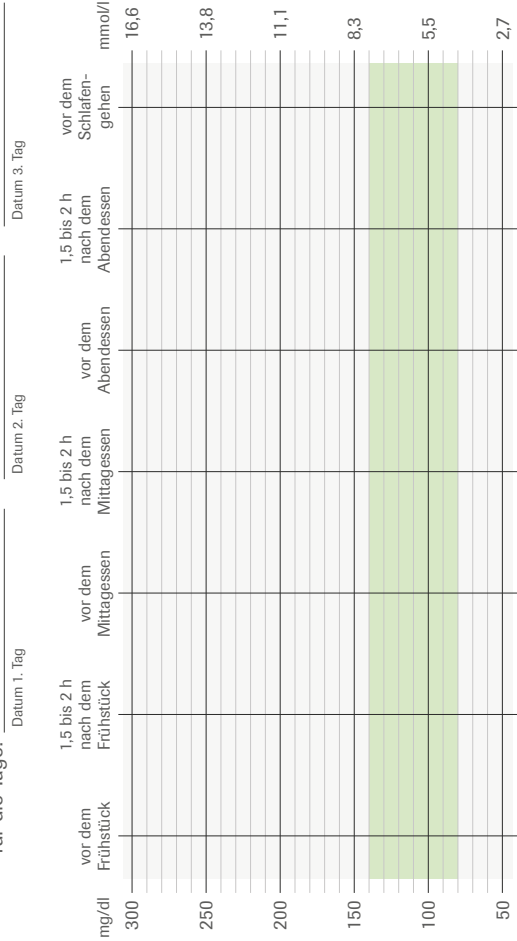
Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Blutzuckertagesprofil für die Tage:



Selbstkontrolle (Blut- oder Urinzucker)

Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Selbstkontrolle

(Blut- oder Urinzucker)

Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Selbstkontrolle (Blut- oder Urinzucker)

Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Selbstkontrolle
(Blut- oder Urinzucker)

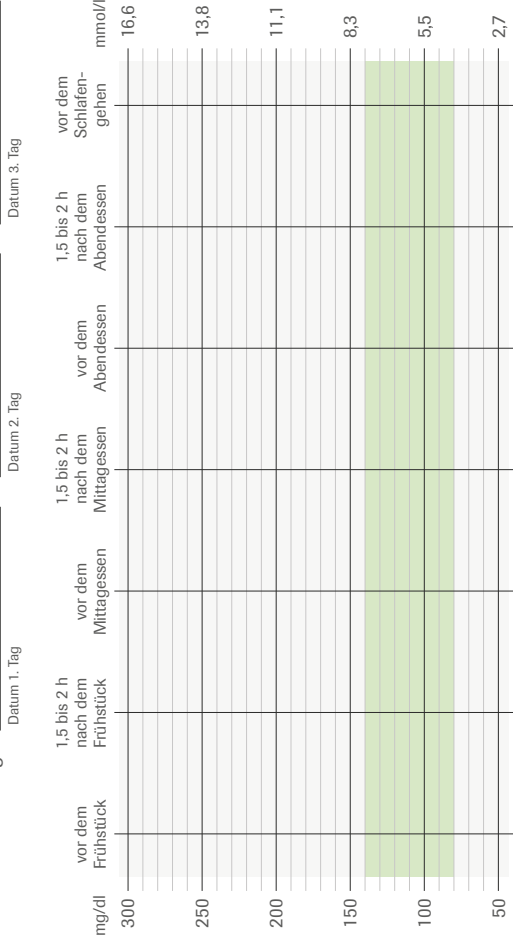
Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

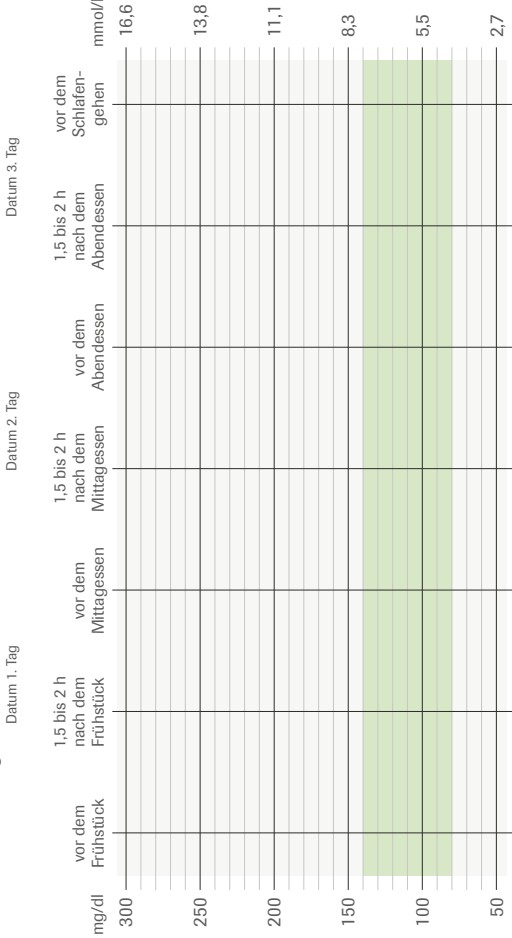
Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Blutzuckertagesprofil für die Tage:



Blutzuckertagesprofil für die Tage:



Selbstkontrolle
(Blut- oder Urinzucker)

Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Selbstkontrolle

(Blut- oder Urinzucker)

Datum	morgens	mittags	abends	spät

Datum/Körpergewicht: _____

Insulin			Bemerkungen
morgens	mittags	abends	z. B. Unterzuckerungen (Uhrzeit), außergewöhnliche körperliche Anstrengungen, Krankheit, Feier usw.

Datum/Körpergewicht: _____

Kalender 2017

JANUAR

Mo 2 9 16 23 30
Di 3 10 17 24 31
Mi 4 11 18 25
Do 5 12 19 26
Fr 6 13 20 27
Sa 7 14 21 28
So 1 8 15 22 29

FEBRUAR

Mo 6 13 20 27
Di 7 14 21 28
Mi 1 8 15 22
Do 2 9 16 23
Fr 3 10 17 24
Sa 4 11 18 25
So 5 12 19 26

MÄRZ

Mo 6 13 20 27
Di 7 14 21 28
Mi 1 8 15 22 29
Do 2 9 16 23 30
Fr 3 10 17 24 31
Sa 4 11 18 25
So 5 12 19 26

APRIL

Mo 3 10 17 24
Di 4 11 18 25
Mi 5 12 19 26
Do 6 13 20 27
Fr 7 14 21 28
Sa 1 8 15 22 29
So 2 9 16 23 30

MAI

Mo 1 8 15 22 29
Di 2 9 16 23 30
Mi 3 10 17 24 31
Do 4 11 18 25
Fr 5 12 19 26
Sa 6 13 20 27
So 7 14 21 28

JUNI

Mo 5 12 19 26
Di 6 13 20 27
Mi 7 14 21 28
Do 1 8 15 22 29
Fr 2 9 16 23 30
Sa 3 10 17 24
So 4 11 18 25

JULI

Mo 3 10 17 24 31
Di 4 11 18 25
Mi 5 12 19 26
Do 6 13 20 27
Fr 7 14 21 28
Sa 1 8 15 22 29
So 2 9 16 23 30

AUGUST

Mo 7 14 21 28
Di 1 8 15 22 29
Mi 2 9 16 23 30
Do 3 10 17 24 31
Fr 4 11 18 25
Sa 5 12 19 26
So 6 13 20 27

SEPTEMBER

Mo 4 11 18 25
Di 5 12 19 26
Mi 6 13 20 27
Do 7 14 21 28
Fr 1 8 15 22 29
Sa 2 9 16 23 30
So 3 10 17 24

OKTOBER

Mo 2 9 16 23 30
Di 3 10 17 24 31
Mi 4 11 18 25
Do 5 12 19 26
Fr 6 13 20 27
Sa 7 14 21 28
So 1 8 15 22 29

NOVEMBER

Mo 6 13 20 27
Di 7 14 21 28
Mi 1 8 15 22 29
Do 2 9 16 23 30
Fr 3 10 17 24
Sa 4 11 18 25
So 5 12 19 26

DEZEMBER

Mo 4 11 18 25
Di 5 12 19 26
Mi 6 13 20 27
Do 7 14 21 28
Fr 1 8 15 22 29
Sa 2 9 16 23 30
So 3 10 17 24 31

Kalender 2018

JANUAR

Mo 1 8 15 22 29
Di 2 9 16 23 30
Mi 3 10 17 24 31
Do 4 11 18 25
Fr 5 12 19 26
Sa 6 13 20 27
So 7 14 21 28

FEBRUAR

Mo 5 12 19 26
Di 6 13 20 27
Mi 7 14 21 28
Do 1 8 15 22
Fr 2 9 16 23
Sa 3 10 17 24
So 4 11 18 25

MÄRZ

Mo 5 12 19 26
Di 6 13 20 27
Mi 7 14 21 28
Do 1 8 15 22 29
Fr 2 9 16 23 30
Sa 3 10 17 24 31
So 4 11 18 25

APRIL

Mo 2 9 16 23 30
Di 3 10 17 24
Mi 4 11 18 25
Do 5 12 19 26
Fr 6 13 20 27
Sa 7 14 21 28
So 1 8 15 22 29

MAI

Mo 7 14 21 28
Di 1 8 15 22 29
Mi 2 9 16 23 30
Do 3 10 17 24 31
Fr 4 11 18 25
Sa 5 12 19 26
So 6 13 20 27

JUNI

Mo 4 11 18 25
Di 5 12 19 26
Mi 6 13 20 27
Do 7 14 21 28
Fr 1 8 15 22 29
Sa 2 9 16 23 30
So 3 10 17 24

JULI

Mo 2 9 16 23 30
Di 3 10 17 24 31
Mi 4 11 18 25
Do 5 12 19 26
Fr 6 13 20 27
Sa 7 14 21 28
So 1 8 15 22 29

AUGUST

Mo 6 13 20 27
Di 7 14 21 28
Mi 1 8 15 22 29
Do 2 9 16 23 30
Fr 3 10 17 24 31
Sa 4 11 18 25
So 5 12 19 26

SEPTEMBER

Mo 3 10 17 24
Di 4 11 18 25
Mi 5 12 19 26
Do 6 13 20 27
Fr 7 14 21 28
Sa 1 8 15 22 29
So 2 9 16 23 30

OKTOBER

Mo 1 8 15 22 29
Di 2 9 16 23 30
Mi 3 10 17 24 31
Do 4 11 18 25
Fr 5 12 19 26
Sa 6 13 20 27
So 7 14 21 28

NOVEMBER

Mo 5 12 19 26
Di 6 13 20 27
Mi 7 14 21 28
Do 1 8 15 22 29
Fr 2 9 16 23 30
Sa 3 10 17 24
So 4 11 18 25

DEZEMBER

Mo 3 10 17 24 31
Di 4 11 18 25
Mi 5 12 19 26
Do 6 13 20 27
Fr 7 14 21 28
Sa 1 8 15 22 29
So 2 9 16 23 30

Kontrolluntersuchung

Datum _____

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

BMI = $\frac{\text{Gewicht in kg}}{(\text{Größe in m})^2}$ _____

Blutdruck _____ mm/Hg

HbA1c _____ %

Albumin im Urin _____ mg/l

Micral-Test® bis 20 mg/l normal

Schwere Hypoglykämien _____ pro Monat

Häufigkeit Selbstkontrolle
Anzahl / Woche _____

Sonstiges _____

Wichtig

Lassen Sie regelmäßig Ihre Füße, Augen, Nieren, Nerven und Blutfettwerte vom Arzt überprüfen.

Roche

#MESSMUFFEL Profi



Accu-Chek Mobile

Blutzuckermessgerät, Stechhilfe
und 50 Tests in einem – immer
und überall messen.



#me**in**bun**te**sleben

Entdecken Sie die Diabetes Community!

www.mein-buntes-leben.de

ACCU-CHEK®

Sie wollen mehr erfahren?

Unsere Mitarbeiter im Accu-Chek Kunden Service Center sind für Sie da! **Kostenfreie Telefonnummer 0800 4466800** (Mo-Fr, 08:00-18:00 Uhr). Oder besuchen Sie unser Online-Portal unter **www.accu-chek.de/bestellcenter** bzw. unsere Facebook-Seite auf **www.facebook.com/accucheke**

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK GUIDE, ACCU-CHEK MOBILE und FASTCLIX sind Marken von Roche.

© 2017 Roche Diabetes Care. Alle Rechte vorbehalten.

www.accu-chek.de

Roche Diabetes Care Deutschland GmbH
Sandhofer Straße 116
68305 Mannheim



ACCU-CHEK®

05215234001 (12) 0317