

DIABETES-DOKUMENTATIONSBOGEN

„Klinik mit Diabetes im Blick DDG“

Albrechtstr. 9
10117 Berlin
Tel 030/3 11 69 37-0
Fax 030/3 11 69 37-20
E-Mail: info@ddg.info
www.ddg.info

D. mellitus Typ: _____

Erstdiagnose: _____

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Blutdruck: _____ / _____ mmHg

HbA1c: _____ %

eGFR: _____

Periphere Pulse

A. tib. post.: _____

A. dors. ped.: _____

Stimmgabeltest

Mall. med. _____ / 8

Großzehen-
grundgelenk _____ / 8

Zielwert: _____

Korrekturfaktor: _____

Datum _____	2 Uhr		Früh		Mittag		Abend		22 Uhr
BZ									
Bolusinsulin Name: _____			+		+		+		
Insulin Name: _____									
BE / Nahrung									
Urin-Aceton									
Spritzstellen									
Handzeichen									

Therapie geändert: _____

Datum: _____

DIABETES-DOKUMENTATIONSBOGEN

Datum _____	2 Uhr		Früh		Mittag		Abend		22 Uhr
BZ									
Bolusinsulin Name: _____			+		+		+		
Insulin Name: _____									
BE / Nahrung									
Urin-Aceton									
Spritzstellen									
Handzeichen									

Therapie geändert: _____

Datum: _____

Datum _____	2 Uhr		Früh		Mittag		Abend		22 Uhr
BZ									
Bolusinsulin Name: _____			+		+		+		
Insulin Name: _____									
BE / Nahrung									
Urin-Aceton									
Spritzstellen									
Handzeichen									

Therapie geändert: _____

Datum: _____