

# DIABETES-DOKUMENTATIONSBOGEN



Deutsche Diabetes Gesellschaft

„Klinik für Diabetespatienten geeignet (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
<b>BZ</b>									
<b>Bolusinsulin Name: _____</b>			+		+		+		
<b>Insulin Name: _____</b>									
<b>BE / Nahrung</b>									
<b>Urin-Aceton</b>									
<b>Spritzstellen</b>									
<b>Handzeichen</b>									

Therapie geändert: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

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

Therapie geändert: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_