

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

ist Diabetiker/in.

Ernährung: Sie/Er soll sich folgendermaßen ernähren (BE):


Bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus: Für sie/ihn ist folgende Insulintherapie angeordnet:

Zeit	Insulin (Art)	I.E.

Der **Toleranzbereich** der BZ-Werte liegt bei \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Regulär gemessen werden muss der BZ-Wert (z.B. täglich/10:00 Uhr/vor jeder Mahlzeit):
Eine <b><u>Unterzuckerung</u></b> äußert sich bei ihr/ihm besonders deutlich durch:
Ab einem BZ-Wert von _____ muss folgendes getan werden:
Der Notarzt muss benachrichtigt werden, wenn

Eine **Überzuckerung** äußert sich bei ihr/ihm besonders deutlich durch:

Ab einem BZ-Wert von \_\_\_\_\_ muss folgendes getan werden:

Der Notarzt muss benachrichtigt werden, wenn

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Kunde/in / gesetzl. Betreuung