

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 <u>Unterzuckerung</u> 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