Contour®
Evolving with you

BLUTZUCKER-TAGEBUCH

Für Menschen mit Typ-2-Diabetes

Ein Service von ASCENSIA Diabetes Care

Contour
Evolving with you

Der CONTOUR®NEXT Sensor

- bewährte Qualität für zuverlässige Messergebnisse
- Teststreifen sparen dank intelligenter Nachfülloption
- unempfindlich gegenüber vielen Umgebungseinflüssen
- 24 Monate nach Herstellung haltbar

Erhältlich auch in kleinen Packungsgrößen – ideal für Typ-2-Diabetiker ohne Insulintherapie.

Nur 14,95 €*

CONTOUR®NEXT Sensoren
25er Dose
PZN 11160126

CONTOUR®NEXT Sensoren
25 Stück einzelnverpackt
PZN 12422108

*unverbindlicher Verkaufspreis für 25 Sensoren (Dose oder einzelnverpackt)

Notfallhinweis

Ich bin zuckerkrank.

Sollte ich verwirrt oder benommen sein, geben Sie mir bitte schnellstens ein stark gezuckertes Getränk oder Traubenzucker (in meiner Tasche).

Bin ich bewusstlos, bitte nichts einflößen und sofort ärztliche Hilfe oder einen Rettungswagen (Telefon 112) rufen. Vielen Dank!

Persönliche Daten

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Benachrichtigung im Notfall

_____

_____

_____

_____

Behandelnder Arzt

Praxisstempel

Ihr Mahlzeitenplan

– Empfohlene BE / KE-Menge pro Tag –

Frühstück _____

Zwischenmahlzeit _____

Mittagessen _____

Zwischenmahlzeit _____

Abendessen _____

Zwischenmahlzeit _____

Bemerkungen _____

_____

_____

Lassen Sie diese Seite von Ihrem Arzt ausfüllen.

Therapieplan für Ihre Insulinbehandlung

Zielwerte		Korrektur-Regeln		BE / KE-Faktoren	
morgens	_____	morgens	_____	morgens	_____
mittags	_____	mittags	_____	mittags	_____
abends	_____	abends	_____	abends	_____
spät	_____	spät	_____	spät	_____
				HbA_{1c}	_____

kurz wirkendes Insulin _____

lang wirkendes Insulin _____

Mischinsulin _____

Lassen Sie diese Seite von Ihrem Arzt ausfüllen.

Therapieplan für Ihre Tablettenbehandlung

Medikamente	**morgens**	**mittags**	**abends**	**spät**
	vor · zu · nach dem Essen	vor · zu · nach dem Essen	vor · zu · nach dem Essen	

Bemerkungen _____

_____

_____

Lassen Sie diese Seite von Ihrem Arzt ausfüllen.

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüchtern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Frühstück	Mittagessen	Abendessen	morgens	mittags	abends
09.05.	90	145			130 / 80		
10.05.	88	142					
11.05.	86	140					

Beispiel mg/dl

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie
1h Walken

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüchtern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Frühstück	Mittagessen	Abendessen	morgens	mittags	abends
09.05.	5	8,0			130 / 80		
10.05.	4,9	7,9					
11.05.	4,8	7,8					

Beispiel mmol/l

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie
1h Walken

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Datum	Blutzucker				Blutdruck		
	nüch-tern	1 – 2 Stunden nach der Mahlzeit			oberer Wert/ unterer Wert		
		Früh-stück	Mittag-essen	Abend-essen	morgens	mittags	abends

Besonderheiten z. B. Erkrankungen, Essen und Trinken, Bewegung, Hypoglykämie

Körpergewicht _____ **Datum** _____

Jetzt nachbestellen

Damit Sie Ihre Messergebnisse auch weiterhin lückenlos protokollieren können, sollten Sie jetzt Ihr neues kostenfreies Blutzuckertagebuch anfordern.

Schreiben Sie uns eine E-Mail:
info@ascensia.de

Bestellen Sie jederzeit online in unserem Servicebereich:
www.diabetes.ascensia.de

Rufen Sie unsere kostenfreie Service Hotline an:
0800 / 50 88 822

IMMER FÜR SIE DA.

Der Ascensia Diabetes Service.

Beratung für Sie

Unsere freundlichen Mitarbeiter/-innen im Ascensia Diabetes Service sind spezialisierte Berater/-innen für Medizinprodukte und helfen Ihnen gerne weiter.

Gratis für Sie

Einmal im Jahr können Sie kostenfreie Batterien für Ihr Ascensia Blutzuckermessgerät anfordern.

Einfach mehr Service für Sie

Ascensia bietet Ihnen viele kostenfreie Service-Artikel, z. B. unsere Ascensia Ernährungs-pyramide als Checkliste im Alltag für Ihre gesunde Ernährung.

Wir kümmern uns um Ihre Fragen.

Ascensia Diabetes Service:
0800 / 50 88 822 (kostenfrei)
info@ascensia.de
www.diabetes.ascensia.de

Ascensia Diabetes Care Deutschland GmbH
Marie-Curie-Straße 5
51377 Leverkusen

Wir kümmern uns um Ihre Fragen.

Ascensia Diabetes Service:
0800 / 50 88 822 (kostenfrei)
info@ascensia.de
www.diabetes.ascensia.de

ASCENSIA
Diabetes Care

92000596 06/19