

Contour
Evolving with you



Gestationsdiabetes

BLUTZUCKERTAGEBUCH

Ein Service von





IHR BLUTZUCKERTAGEBUCH

Liebe werdende Mutter,

Ihr Arzt/Ihre Ärztin hat bei Ihnen einen Gestationsdiabetes diagnostiziert. Gemeinsam mit Ihnen wurde festgelegt, dass Sie Blutzuckerselbstkontrollen zu bestimmten Uhrzeiten durchführen.

Wichtig ist die Dokumentation der gemessenen Werte. Sie sind Grundlage für das ärztliche Gespräch. Dieses Tagebuch soll Sie bei Ihrer Dokumentation unterstützen.

Sie haben auch die Möglichkeit Ihre Werte elektronisch zu dokumentieren. Zum Beispiel mit unserer CONTOUR® DIABETES App.

Mit Hilfe der App dokumentieren Sie Ihre Mahlzeiten, Medikamente und Bewegung und fügen auf Wunsch Fotos, Notizen und Spracheinträge dazu.

Laden Sie die App kostenfrei aus dem AppStore oder bei Google Play.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Ascensia Diabetes Care Team

App Store ist eine Dienstleistungsmarke von Apple Inc.
Google Play ist eine Marke von Google Inc.

Persönliche Daten

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

In diesem Tagebuch finden Sie verschiedene Symbole.

Diese haben folgende Bedeutung:

Der Blutzuckerwert



Vor dem Essen



Nach dem Essen



Zum Eintragen von Bemerkungen wie z.B. Blutdruck, Hypoglykämien, Aceton-/Ketonwerte, Sport usw.



Normale Blutzuckerwerte in der Schwangerschaft*

Zeitpunkt	Blutzucker-Zielbereich	
	mg/dl	mmol/l
Nüchtern vor dem Essen	65 – 95	3,6 – 5,3
1 Stunde nach dem Essen	< 140	< 7,8
2 Stunden nach dem Essen	< 120	< 6,7

Abhängig vom kindlichen Bauchumfang können die Zielwerte höher oder niedriger liegen.

*S3 Leitlinie Gestationsdiabetes der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Schäfer-Graf et al. 2018.

Plan für Ihre Blutzuckerkontrollen

Uhrzeit	morgens vor dem Essen 	mittags		abends		spät	evtl. nachts
		vor dem Essen 	nach dem Essen 	vor dem Essen 	nach dem Essen 		



Lassen Sie diese Seite von Ihrem Arzt ausfüllen.

Ihr Mahlzeitenplan

- Empfohlene BE / KE-Menge pro Tag -

Frühstück: _____

Zwischenmahlzeit: _____

Mittagessen: _____

Zwischenmahlzeit _____

Abendessen _____

Zwischenmahlzeit _____



Lassen Sie diese Seite von
Ihrem Arzt ausfüllen.

Therapie für Ihre Insulinbehandlung

Zielwerte

Korrektur-Regeln

BE / KE-Faktoren

morgens _____ morgens _____ morgens _____

mittags _____ mittags _____ mittags _____

abends _____ abends _____ abends _____

spät _____ spät _____ spät _____

kurz wirkendes Insulin _____

HbA1c _____

lang wirkendes Insulin _____

Mischinsulin _____

Lassen Sie diese Seite von
Ihrem Arzt ausfüllen.

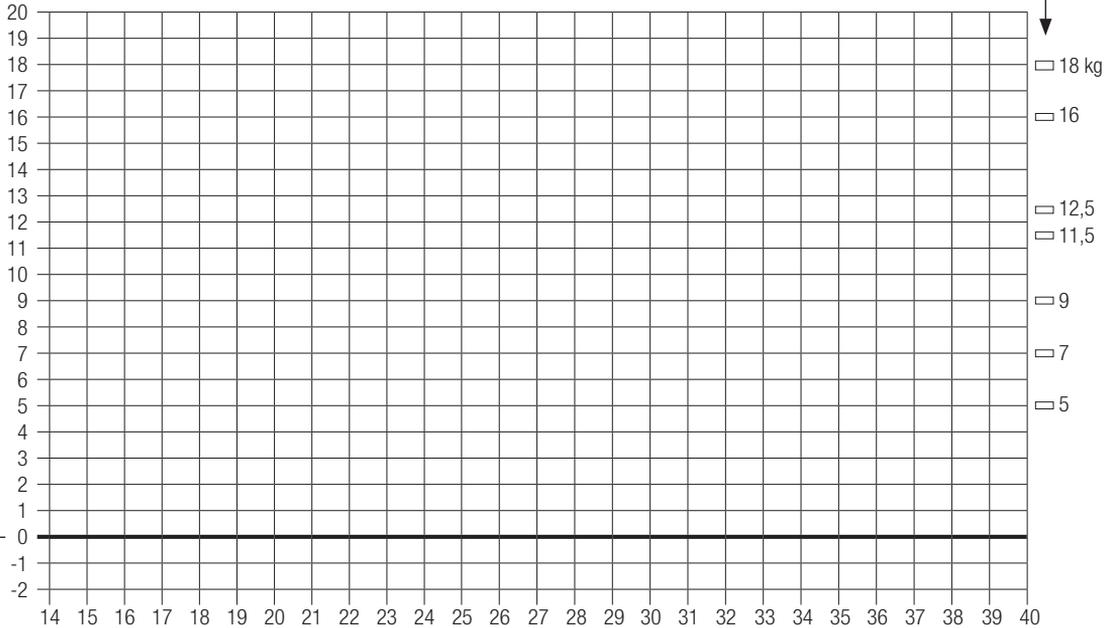
Gewichtsveränderung in kg

Zielbereich / Meine ideale Gewichtszunahme
(Orientiert am BMI; kg-Werte aus Tabelle unten ablesen und hier markieren)

Unterschied zum Startgewicht in Kilogramm

Wiegen Sie sich bitte 1x pro Woche morgens nach dem Toilettengang

Mein Startgewicht

 kg


Empfohlene Gewichtszunahme während der Schwangerschaft*

BMI vor der Schwangerschaft	Gesamt-Gewichtszunahme in der Schwangerschaft	Gewichtszunahme in kg pro Woche ab der 14. Schwangerschaftswoche
< 18,5 kg/m ²	12,5 – 18 kg	0,5 – 0,6 kg
18,5 – 24,9 kg/m ²	11,5 – 16 kg	0,4 – 0,5 kg
25,0 – 29,9 kg/m ²	7 – 11,5 kg	0,2 – 0,3 kg
ab 30 kg/m ²	5 – 9 kg	0,2 – 0,3 kg

Schwangerschaftswoche

Mein Body-Mass-Index (BMI) vor der Schwangerschaft:

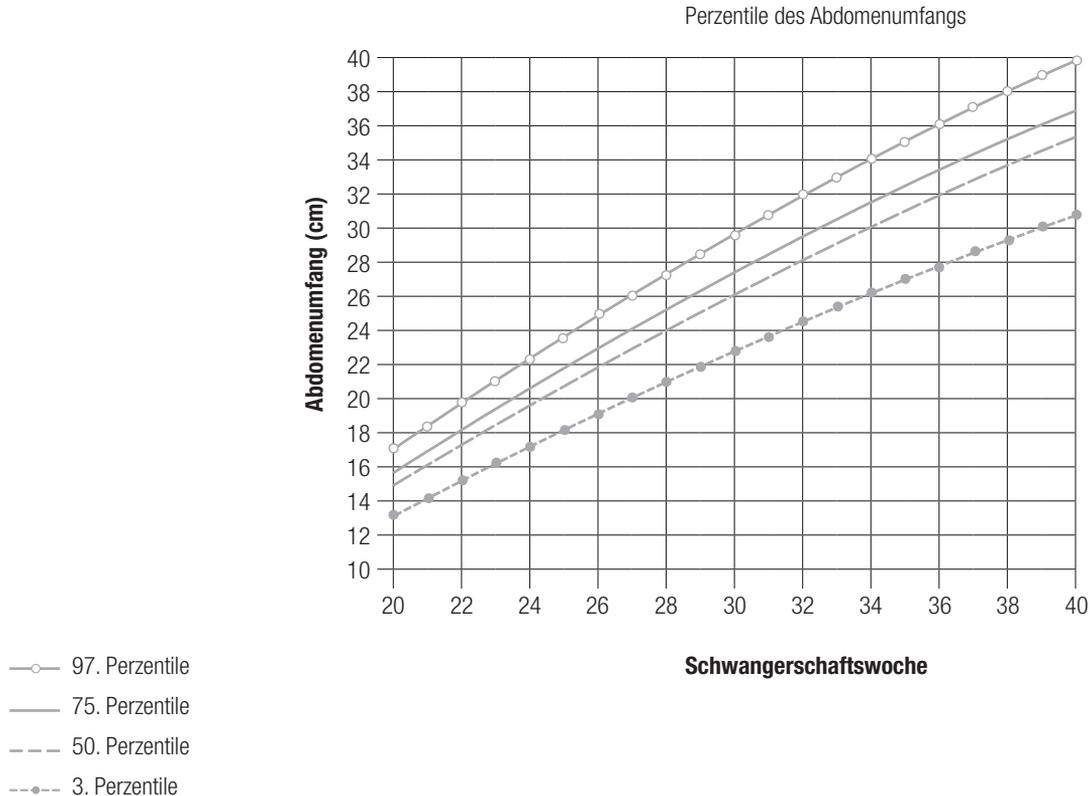
 kg/m²

*S3 Leitlinie Gestationsdiabetes der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Schäfer-Graf et al. 2018.

Fetaler Abdomenumfang

Eintragung durch den Frauenarzt / die Frauenärztin

Bitte Ultraschallbefunde einzeichnen:



SSW: <u>26</u>		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin				
Tag/Datum				→ Diabetesschulung						Normalinsulin			
Mo	21.10.		84	134	95	122	89	128	96	6	2	4	
		BE/KE	→ Ernährungsberatung								↑ Verzögerungsinsulin		
Di	22.10.		86	128	91	131	90	132	93				
		BE/KE											
Mi	23.10.		86	142	95	138	90	136	92				
		BE/KE											

Beispiel in mg/dl

									Normalinsulin					
			4,7	7,4	5,3	6,8	4,9	7,1	5,3	6	2	4		
		BE/KE	→ Ernährungsberatung								↑ Verzögerungsinsulin			
Sa	26.10.		4,8	7,1	5,1	7,2	5,0	7,3	5,1					
		BE/KE												
So	27.10.		4,8	7,9	5,3	7,7	5,0	7,5	5,1					
		BE/KE												

Beispiel in mmol/l



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											

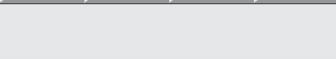


SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit		Insulin			
													
Mo													
	BE/KE												
Di													
	BE/KE												
Mi													
	BE/KE												
Do													
	BE/KE												
Fr													
	BE/KE												
Sa													
	BE/KE												
So													
	BE/KE												



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit		Insulin			
													
Mo													
	BE/KE												
Di													
	BE/KE												
Mi													
	BE/KE												
Do													
	BE/KE												
Fr													
	BE/KE												
Sa													
	BE/KE												
So													
	BE/KE												



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



Sie benötigen ein neues Blutzuckertagebuch?

Fragen Sie Ihren Arzt oder laden Sie Ihr
neues Tagebuch kostenfrei aus unserem
Downloadcenter:



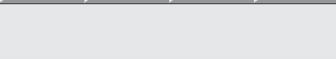
[www.diabetes.ascensia.de/
service/bestellcenter/](http://www.diabetes.ascensia.de/service/bestellcenter/)

Sie möchten Ihre Werte automatisch dokumentieren?

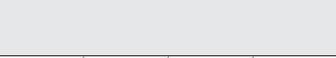
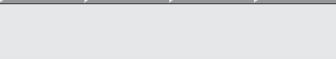
Wechseln Sie zur CONTOUR®DIABETES App!
Kein handgeschriebenes Tagebuch mehr nötig.
Hier informieren und downloaden:



[https://www.diabetes.ascensia.de/
produkte/contour-diabetes-app/](https://www.diabetes.ascensia.de/produkte/contour-diabetes-app/)

SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit		Insulin			
													
Mo													
	BE/KE												
Di													
	BE/KE												
Mi													
	BE/KE												
Do													
	BE/KE												
Fr													
	BE/KE												
Sa													
	BE/KE												
So													
	BE/KE												



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit		Insulin			
													
Mo													
	BE/KE												
Di													
	BE/KE												
Mi													
	BE/KE												
Do													
	BE/KE												
Fr													
	BE/KE												
Sa													
	BE/KE												
So													
	BE/KE												



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit		Insulin			
													
Mo													
	BE/KE												
Di													
	BE/KE												
Mi													
	BE/KE												
Do													
	BE/KE												
Fr													
	BE/KE												
Sa													
	BE/KE												
So													
	BE/KE												



SSW: _____ Tag/Datum		morgens Uhrzeit		mittags Uhrzeit		abends Uhrzeit		spät Uhrzeit	Insulin			
												
Mo												
	BE/KE											
Di												
	BE/KE											
Mi												
	BE/KE											
Do												
	BE/KE											
Fr												
	BE/KE											
Sa												
	BE/KE											
So												
	BE/KE											



Sie benötigen ein neues Blutzuckertagebuch?

Fragen Sie Ihren Arzt oder laden Sie Ihr neues Tagebuch kostenfrei aus unserem Downloadcenter:



[www.diabetes.ascensia.de/
service/bestellcenter/](http://www.diabetes.ascensia.de/service/bestellcenter/)

Sie möchten Ihre Werte automatisch dokumentieren?

Wechseln Sie zur CONTOUR®DIABETES App!
Kein handgeschriebenes Tagebuch mehr nötig.
Hier informieren und downloaden:



[https://www.diabetes.ascensia.de/
produkte/contour-diabetes-app/](https://www.diabetes.ascensia.de/produkte/contour-diabetes-app/)

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.

✓ Online mehr Service für Sie

Entdecken Sie unser Downloadcenter mit hilfreichen Informationen, z. B. zum Thema Ernährung und rund die CONTOUR® Blutzuckermessgeräte – kostenfrei und immer verfügbar.



[www.diabetes.ascensia.de/service/
bestellcenter/](http://www.diabetes.ascensia.de/service/bestellcenter/)

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
Ascensia Diabetes Service
51355 Leverkusen

Wir kümmern uns um Ihre Fragen.

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

