Diabetologische Schwerpunktpraxis Neuss

Name:_____ Telefonnummer: _____

Schwangerschaftswoche:_____

# Blutzuckerselbstkontrolle bei Schwangerschaftsdiabetes

| **Datum** | **BZ** direkt nach **Aufstehen** | **Frühstück** | | **Mittagessen** | | | **Abendessen** | | | | **Bemerkungen** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Insulin** vor | **BZ** 1 Std. nach Beginn | **BZ** vor | **Insulin** vor | **BZ** 1 Std. nach Beginn | **BZ** vor | **Insulin** vor | **BZ** 1 Std. nach Beginn | **Insulin spät** | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

**Zielwerte**:
nüchtern und vor den Mahlzeiten: < 95 mg/dl
1 Stunde *nach Beginn* der Mahlzeit: < 140 mg/dl

- Zu jedem Termin bitte das Blutzuckermessgerät und den Mutterpass mitbringen.

Email an: info@diabeteszentrum-neuss.de
Fax an: 02131 66591255
Telefon: 02131 66591250

- Bitte ein Foto neuer Ergebnisse von Gynäkolog*in/Pränatal mitschicken.