|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Uhrzeit** | **BZ v.d. Essen****Name: Geburtsdatum: Datum:** | **OAD/Insulin** | **Essen/ Getränke** | **Uhrzeit** | **BZ 2 Std. n.d. Essen** | **Werte im Zielbereich?****Ja/Nein** | **Falls nein, was können Sie dagegen tun?** |
| **1. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mittagessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kaffeemahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abendessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Spätmahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Uhrzeit** | **BZ v.d. Essen****Name: Geburtsdatum: Datum:** | **OAD/Insulin** | **Essen/ Getränke** | **Uhrzeit** | **BZ 2 Std. n.d. Essen** | **Werte im Ziel?****Ja/Nein** | **Falls nein, was können Sie dagegen tun?** |
| **1. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mittagessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kaffeemahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abendessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Spätmahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Uhrzeit** | **BZ v.d. Essen****Name: Geburtsdatum: Datum:** | **OAD/Insulin** | **Essen/ Getränke** | **Uhrzeit** | **BZ 2 Std. n.d. Essen** | **Werte im Ziel?****Ja/Nein** | **Falls nein, was können Sie dagegen tun?** |
| **1. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mittagessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kaffeemahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abendessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Spätmahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Uhrzeit** | **BZ v.d. Essen****Name: Geburtsdatum: Datum:** | **OAD/Insulin** | **Essen/ Getränke** | **Uhrzeit** | **BZ 2 Std. n.d. Essen** | **Werte im Ziel?****Ja/Nein** | **Falls nein, was können Sie dagegen tun?** |
| **1. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mittagessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kaffeemahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abendessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Spätmahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Uhrzeit** | **BZ v.d. Essen****Name: Geburtsdatum: Datum:** | **OAD/Insulin** | **Essen/ Getränke** | **Uhrzeit** | **BZ 2 Std. n.d. Essen** | **Werte im Ziel?****Ja/Nein** | **Falls nein, was können Sie dagegen tun?** |
| **1. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mittagessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kaffeemahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abendessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Spätmahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Uhrzeit** | **BZ v.d. Essen****Name: Geburtsdatum: Datum:** | **OAD/Insulin** | **Essen/ Getränke** | **Uhrzeit** | **BZ 2 Std. n.d. Essen** | **Werte im Ziel?****Ja/Nein** | **Falls nein, was können Sie dagegen tun?** |
| **1. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Frühstück** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mittagessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kaffeemahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Abendessen** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Spätmahlzeit** |  |  |  |  |  |  |  |  |