

Ihr Insulinplan Name _____ geb. _____

| Insulin- Präparat | bei einem BZ von ... mg/dl | 80– 99 | 100– 119 | 120– 139 | 140– 159 | 160– 179 | 180– 199 | 200– 219 | 220– 239 | 240– 259 | 260– 279 | 280– 299 | > 300 | > 400 |
|----------------------|-------------------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|-------|
| | morgens | | | | | | | | | | | | | |
| | mittags | | | | | | | | | | | | | |
| | abends | | | | | | | | | | | | | |
| | Langzeit | | | | | | | | | | | | | |

Zusätzlich:

| Tabletten-Präparat | Dosierung |
|--------------------|-----------|
| | |
| | |