



E-Mail-Kontaktformular bei Gestationsdiabetes

Liebe Patientin,
bitte nutzen Sie dieses Formular zur Übermittlung Ihrer Blutzuckerwerte.

Name:

Blutzuckermessung:

Nüchtern und eine Stunde nach den Hauptmahlzeiten

Datum	nüchtern, vor dem Frühstück	nach dem Frühstück	vor dem Mittagessen	nach dem Mittagessen	vor dem Abendessen	nach dem Abendessen

Besonderheiten/Anmerkungen:

(Bewegung, besondere Mahlzeiten/ Anlässe, Krankheit)

Datum	

Falls Insulintherapie, bitte Insulindosis und Insulinsorte eintragen:

Insulin	morgens	mittags	abends	vor der Nacht

\\SERVER\Daten\Eigene Dateien\Ausdruckvorlagen 2015_Jun_08\Diabetes mellitus Gestation\
Gestationsdiabetes_E-Mail-Kontaktformular mW 2017_Jul_07 thsc



Qualitätsmanagement
nach DIN EN ISO 9001:2008
Telefon: 0251 - 777 5 888
Telefax: 0251 - 777 5 811

MedicalCenter am Clemenshospital
Düesbergweg 128 | 48153 Münster
info@diabetes-praxis-muenster.de
www.diabetes-praxis-muenster.de

