

Arbeitsblätter

Kulzer, B. · Hermanns, N. · Maier, B. · Haak, T.



Für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die nicht Insulin spritzen

Kurseinheit 1	Arbeitsblatt 1	Mein persönlicher Diabetes-Check-up
	Arbeitsblatt 2	Wie erleben Sie Ihren Typ-2-Diabetes?
Kurseinheit 2	Arbeitsblatt 3	Sind Ihre Blutgefäße gefährdet?
	Arbeitsblatt 4	Meine Lebensgewichtskurve
Kurseinheit 3	Arbeitsblatt 5	Bestimmen Sie Ihren Body-Mass-Index und Taillenumfang
	Arbeitsblatt 6	Meine Gründe für und gegen eine Gewichtsabnahme
	Arbeitsblatt 7	Meine Gründe für eine Gewichtsabnahme
	Arbeitsblatt 8	Meine Gewichtskurve
Kurseinheit 4	Arbeitsblatt 9	Essen und Trinken unter die Lupe genommen
Kurseinheit 5	Arbeitsblatt 10	Tagebuch zum Essverhalten
Kurseinheit 6	Arbeitsblatt 11	Tipps zur Änderung von Essgewohnheiten
	Arbeitsblatt 12	Änderungen von Essgewohnheiten: Das nehme ich mir bis zum Ende des Kurses vor
Kurseinheit 7	Arbeitsblatt 13	Meine körperlichen Aktivitäten im Alltag
Kurseinheit 8	Arbeitsblatt 14	Wie hoch ist Ihr Diabetes-Risiko?
Kurseinheit 9	Arbeitsblatt 15	Wie gefährdet sind Ihre Füße?
	Arbeitsblatt 16	Ein guter Schuh – außen und innen | Mein Schuh-Check
	Arbeitsblatt 17	Mein Fuß-Check
Kurseinheit 10	Arbeitsblatt 18	Schwierige Situationen nach dem Kurs
Kurseinheit 11	Arbeitsblatt 19	Meine Ziele für die Zeit nach dem Kurs

Mein persönlicher Diabetes-Check-up

Datum: _____

Bitte hier eintragen



Allgemeines	Meine Körpergröße	
	Mein Gewicht	
	Mein Taillenumfang	
	Mein Diabetes ist bekannt seit	
Blutdruck	Mein letzter Blutdruckwert (nach 5 Minuten Ruhe)	
	Werden Sie wegen Bluthochdruck behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Glukose	Mein letzter Glukosewert nüchtern	
	Mein letzter Glukosewert nach dem Essen (postprandial)	
	Mein letzter HbA _{1c} -Wert (Langzeitzuckerwert)	
Rauchen	Ich rauche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?	
Blutfette	Mein letzter LDL-Cholesterinwert	
Folgeerkrankungen	Ich habe Folgeerkrankungen aufgrund des Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	

So geht's

Nehmen Sie Ihren Gesundheits-Pass Diabetes zur Hand oder lassen Sie sich einen Ausdruck Ihrer Befunde von der Praxis geben!
Übertragen Sie die Ergebnisse der letzten Kontrolluntersuchungen in das Arbeitsblatt! In der nächsten Kurseinheit erfolgt die Auswertung.

Beispiel

Jahr	Parameter Dokumentation	Datum:			
20__		I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal
Jahresziele	In jedem Quartal				
79	Körpergewicht (kg)/Taillenumfang (cm)	83 / 108	82 / 108	/	/
130 / 85	Blutdruck (mmHg) (5 min Ruhe)	160 / 95	150 / 95	/	/
100 bis 200	Glukosewert nüchtern/postprandial (mmol/l oder mg/dl)	160 / 210	163 / 201	/	/
7,0 %	HbA _{1c} (%; mmol/mol)	8,5 %	8,2 %	/	/
-	CGM: Zeit im Zielbereich (TIR) (%)	-	0	/	/
0	CGM: Zeit unter Zielbereich (TBR) (%)	0	0	/	/
0	Hypoglykämie, schwere (mit Fremdhilfe)	0	3	/	/
0	Häufigkeit Selbstkontrolle (pro Woche)	0	0	/	/
0	Spritzstellenkontrolle	ja	ja	/	/
nein	Rauchen (ja/nein)	nein	nein	/	/
	Einmal im Jahr				
< 185	Gesamt-Cholesterin (mmol/l oder mg/dl)	280	260	/	/
> 46 / < 115	HDL-/LDL-Cholesterin (mmol/l oder mg/dl)	36 / 190	40 / 178	/	/
< 150	Triglyzeride nüchtern (mmol/l oder mg/dl)	220	210	/	/
	Mikro-/Makroalbuminurie (UACR) (mg/g)	neg.	neg.	/	/
	Kreatinin-/Glomeruläre Filtrationsrate (GFR) (µmol/l oder mg/dl)	- / -	o.B.	/	/
	Fußinspektion/ Fußpuls	o.B.	o.B.	/	/
	Periphere/autonome Neuropathie (ja/nein/Befund)	o.B.	neg.	/	/
	EKG (ja/nein/Befund)	nein	ja/o.B.	/	/
	Langzeit-Blutdruck (ja/nein/Befund)	-	-	/	/
	ABI (ja/nein/Befund)	o.B.	o.B.	/	/
	Parodontitis-Untersuchung	-	o.B.	/	/
	Impfstatus überprüfen	16	20	/	/
	Wohlbefinden (Summenwert, S.21)	-	o.B.	/	/
	Augenbefund inkl. Netzhautuntersuchung in Mydriasis	o.B.	o.B.	/	/

MEDIA 2
BASIS

Datum: 09. April

Bitte hier eintragen

Körpergröße	1,70 m
Körpergewicht	82 kg
Taillenumfang	108 cm
Diabetes ist bekannt seit	14.3.2000
Letzter Blutdruckwert (nach 5 Minuten Ruhe)	150/95 mm Hg
Wird sie wegen Bluthochdruck behandelt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Letzter Glukosewert nüchtern	163 mg/dl
Letzter Glukosewert nach dem Essen (postprandial)	201 mg/dl
Mein letzter HbA _{1c} -Wert (Langzeitzuckerwert)	8,2 %
Rauchen	Ich rauche <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? ca. 20
Blutfette	Mein letzter LDL-Cholesterinwert 178 mg/dl
Folgeerkrankungen	Ich habe Folgeerkrankungen aufgrund des Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?

Wie erleben Sie Ihren Typ-2-Diabetes?

Bitte kreuzen Sie an!

Ich empfinde meinen Typ-2-Diabetes als eine ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> leichte Erkrankung schwere Erkrankung
Mit Typ-2-Diabetes fühle ich mich eher ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gesund krank
Meinen Typ-2-Diabetes zu akzeptieren, fällt mir ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr leicht sehr schwer
Ich empfinde meinen Typ-2-Diabetes im Alltag als ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine Belastung sehr große Belastung
Die Therapie des Diabetes schränkt mich im Alltag ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> überhaupt nicht ein sehr stark ein
Der Gedanke an mögliche Folgeerkrankungen aufgrund des Diabetes belastet mich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> überhaupt nicht sehr stark
Die Entwicklung von Folgeerkrankungen kann ich durch mein eigenes Verhalten ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> überhaupt nicht beeinflussen sehr gut beeinflussen
Gute Stoffwechselwerte hängen von meinem eigenen Verhalten ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> überhaupt nicht ab sehr stark ab

Was motiviert mich am meisten, mich um eine gute Diabeteseinstellung zu bemühen?



Wo sehe ich im Alltag das größte Problem im Zusammenhang mit meiner Diabetestherapie?

So geht's


Nach jeder Frage finden Sie 5 Kästchen. Darin können Sie ankreuzen, welcher Einschätzung Sie eher zustimmen.

Beispiel

Wenn Sie die erste Frage, wie Sie Ihren Typ-2-Diabetes empfinden, als „leichte Erkrankung“ beantworten, dann würden Sie Ihr Kreuzchen wie unten abgebildet ganz links einsetzen:

Wie erleben Sie Ihren Typ-2-Diabetes?

Bitte kreuzen Sie an! 

Ich empfinde meinen Typ-2-Diabetes als eine ...	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	leichte Erkrankung schwere Erkrankung
Mit Typ-2-Diabetes fühle ich mich eher ...	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	gesund krank
Meinen Typ-2-Diabetes zu akzeptieren, fällt mir ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	sehr leicht sehr schwer
Ich empfinde meinen Typ-2-Diabetes im Alltag als ...	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	keine Belastung sehr große Belastung
Die Therapie des Diabetes schränkt mich im Alltag ...	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht ein sehr stark ein
Der Gedanke an mögliche Folgeerkrankungen aufgrund des Diabetes belastet mich ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht sehr stark
Die Entwicklung von Folgeerkrankungen kann ich durch mein eigenes Verhalten ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht beeinflussen sehr gut beeinflussen
Gute Stoffwechselwerte hängen von meinem eigenen Verhalten ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht ab sehr stark ab

Was motiviert mich am meisten, mich um eine gute Diabeteseinstellung zu bemühen?

- meine Sorge vor Folgeerkrankungen
- ich möchte vital und fit das Rentenalter erreichen

Wo sehe ich im Alltag das größte Problem im Zusammenhang mit meiner Diabetestherapie?

- ich esse zu häufig nur aus Frust oder Langeweile

Sind Ihre Blutgefäße gefährdet?

Bitte kreuzen Sie auf den Skalen Ihre jeweiligen Werte an!



Im Einzelfall können je nach Alter und vorliegenden zusätzlichen Erkrankungen andere Zielwerte gelten.

Risiko:		Geringes bis akzeptables Risiko	Erhöhtes Risiko
Glukose	HbA1c ¹ in % in mmol/mol Hb	6,5 48	7,5 58 höher →
	Nüchtern-Glukose ¹ mg/dl mmol/l	100 5,6	125 6,9 höher →
	Glukose nach dem Essen ¹ mg/dl mmol/l	140 7,8	199 11,0 höher →
Blutdruck	Blutdruck ² mm Hg	niedriger	140/90 höher →
Blutfette	LDL-Cholesterin ¹ mg/dl mmol/l	niedriger	100 2,6 höher →
	Rauchen ¹	<input type="checkbox"/> nicht Rauchen	<input type="checkbox"/> Rauchen

Quellenangabe:

¹ Nationale VersorgungsLeitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“ (15.05.2023)

² DMP-Anforderungsrichtlinie (DMP-A-RL, 03/2024)

So geht's

Nehmen Sie das Arbeitsblatt 1 zur Hand, in das Sie die Ergebnisse der Kontrolluntersuchungen übertragen haben! Zur Bewertung dieser Werte kreuzen Sie bitte auf diesem Arbeitsblatt 3 denjenigen Bereich der drei Risikogruppen „gering“, „gering bis akzeptabel“ oder „höher/hoch“ an, welcher mit Ihrem Wert übereinstimmt!


Beispiel


Der HbA_{1c}-Wert betrug in unserem Beispiel 8,2 % (66 mmol/mol Hb).

Damit würden Sie die Spalte „hohes Risiko“ ankreuzen.

Dies bedeutet: Ein HbA_{1c}-Wert von 8,2 % (66 mmol/mol Hb) stellt einen vergleichsweise hohen und behandlungsbedürftigen Wert dar.

Er ist mit einem höheren Risiko für Folgeerkrankungen verbunden.

 ARBEITSBLATT 3



Sind Ihre Blutgefäße gefährdet?

Bitte kreuzen Sie auf den Skalen Ihre jeweiligen Werte an!

		Risiko: Geringes bis akzeptables Risiko		Erhöhtes Risiko	
Glukose	HbA _{1c} ¹ in %	6,5	7,5		höher <input checked="" type="checkbox"/>
	in mmol/mol Hb	48	58		höher <input checked="" type="checkbox"/>
	Nüchtern-Glukose ¹				
	mg/dl	100	125		höher <input checked="" type="checkbox"/>
	mmol/l	5,6	6,9		höher <input checked="" type="checkbox"/>
	Glukose nach dem Essen ¹				
	mg/dl	140	199		höher <input checked="" type="checkbox"/>
	mmol/l	7,8	11,0		höher <input checked="" type="checkbox"/>
Blutdruck	Blutdruck ²	niedriger	140/90		höher <input checked="" type="checkbox"/>
	mm Hg				
Blutfette	LDL-Cholesterin ¹	niedriger	100		höher <input checked="" type="checkbox"/>
	mg/dl		2,6		
	mmol/l				
	Rauchen ¹	<input checked="" type="checkbox"/> nicht Rauchen			<input type="checkbox"/> Rauchen

Im Einzelfall können je nach Alter und vorliegenden zusätzlichen Erkrankungen andere Zielwerte gelten.

Quellenangabe:
¹ Nationale VersorgungsLeitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“ (15.05.2023)
² DMP-Anforderungsrichtlinie (DMP-A-RL, 03/2024)

So geht's

Bitte überlegen Sie doch einmal, wie sich Ihr Gewicht seit dem 20. Lebensjahr verändert hat. Gehen Sie hierzu schrittweise vor!

1. Schritt: Wie viel Kilogramm haben Sie ungefähr gewogen, als Sie 20 Jahre alt waren? Tragen Sie dieses Gewicht neben dem waag-rechten Pfeil mit der Aufschrift („Ihr Gewicht im 20. Lebensjahr“) ein! In unserem Beispiel waren das 70 kg.

2. Schritt: Jetzt beschriften Sie Ihre Gewichtskurve: Tragen Sie zu diesem Zweck in die Kästchen über Ihrem Gewicht im 20. Lebensjahr jeweils das Gewicht um 3 Kilogramm* höher ein! In unserem Beispiel also $70 \text{ kg} + 3 \text{ kg} = 73 \text{ kg}$; dann $73 \text{ kg} + 3 \text{ kg} = 76 \text{ kg}$ und so weiter ...

In die Kästchen unterhalb Ihres Gewichtes mit 20 Jahren tragen Sie jeweils das Gewicht um 3 Kilogramm* niedriger ein!

(*bei hohem Gewicht: 5 Kilogramm)

In unserem Beispiel also $70 \text{ kg} - 3 \text{ kg} = 67 \text{ kg}$; dann $67 \text{ kg} - 3 \text{ kg} = 64 \text{ kg}$ und so weiter ...

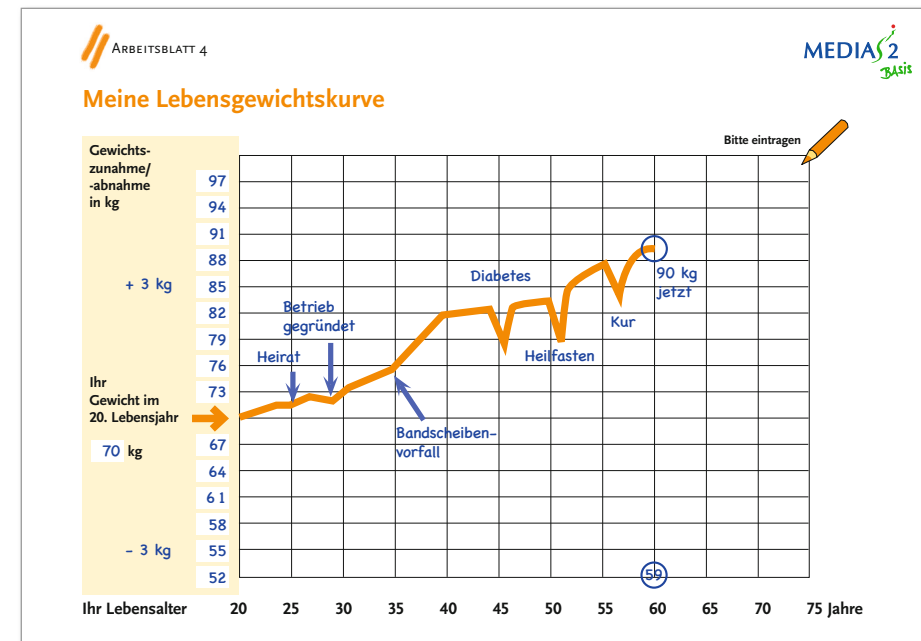
3. Schritt: Wie viel wiegen Sie heute? Tragen Sie jetzt Ihr aktuelles Gewicht ein! Hierzu gehen Sie bei Ihrem momentanen Lebensalter senkrecht nach oben und markieren den Wert Ihres jetzigen Körpergewichtes! In unserem Beispiel sind das mit 59 Jahren 90 kg.

4. Schritt: Was war in der Zwischenzeit? Erinnern Sie sich noch, wie der Verlauf Ihres Gewichtes seit dem 20. Lebensjahr bis heute war? Tragen Sie jetzt in Ihrer beschrifteten Gewichtskurve den Verlauf Ihres Gewichtes bis heute ein und verbinden Sie die einzelnen Punkte! In unserem Beispiel waren das mit 25 Jahren 71 kg, mit 30 Jahren 73 kg, mit 35 Jahren 76 kg und so weiter ...

5. Schritt: Kennen Sie Ursachen für die Entwicklung Ihres Gewichtes? Überlegen Sie in einem letzten Schritt, ob Ihnen irgendwelche Ereignisse oder Ursachen einfallen, die mit Ihrer Gewichtsentwicklung in Zusammenhang stehen könnten und schreiben Sie diese in Ihre Gewichtskurve!

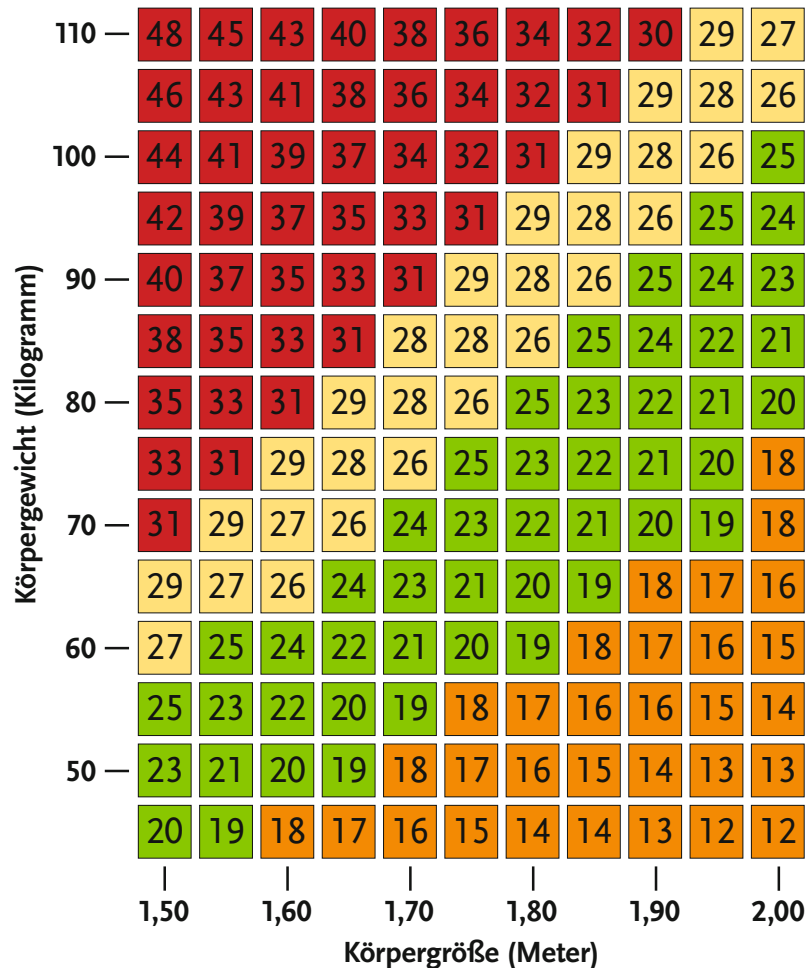
In unserem Beispiel war das mit 35 Jahren ein Bandscheibenvorfall oder mit 52 Jahren ein Versuch, mit Heilfasten das Gewicht zu reduzieren ...

Beispiel



Bestimmen Sie Ihren Body-Mass-Index und Taillenumfang

Ihr Body-Mass-Index (BMI)



So errechnen Sie Ihren BMI:

- ▶ Bestimmen Sie das Feld, in dem Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht aufeinander treffen!
- ▶ Kreuzen Sie Ihren BMI an!

Wie ist Ihr BMI?

Ergebnis:

- Adipositas
- Übergewicht
- Normalgewicht
- Untergewicht

Ihr Taillenumfang

So messen Sie Ihren Taillenumfang:

- ▶ Messen Sie den Bauchumfang auf der Höhe des Bauchnabels!
- ▶ Nüchtern messen!
- ▶ Nicht während des Einatmens messen!

Wie ist Ihr Taillenumfang?

_____ cm

Ergebnis:

bauchbetonte Adipositas nein ja

Frau: über 88 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mann: über 102 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte ankreuzen

So geht's

Ob Sie normal- oder übergewichtig sind, können Sie leicht mit Hilfe des sogenannten „Körpermasseindex“ **BMI** (englisch: **B**ody-**M**ass-**I**ndex) feststellen. Bestimmen Sie das Feld, in dem Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht aufeinander treffen: Kreuzen Sie Ihren BMI an!

Beispiel


Eine Person mit einer Körpergröße von 1,75 m und einem Gewicht von 100 kg hat einen BMI von 32. Dieser Wert liegt im roten Bereich, die Person hat ein sehr starkes Übergewicht, das als Adipositas bezeichnet wird.

Ihr Taillenumfang


Messen Sie Ihren Bauchumfang auf der Höhe des Bauchnabels! Messen Sie nüchtern, atmen Sie dabei nicht ein!

Beispiel

Ein Bauchumfang von 103 cm liegt oberhalb von 102 cm und geht bei einem Mann meist mit erhöhten Stoffwechselwerten einher. Das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen ist deutlich erhöht.



ARBEITSBLATT 5



Bestimmen Sie Ihren Body-Mass-Index und Taillenumfang

Ihr Body-Mass-Index (BMI)

110	48	45	43	40	38	36	34	32	30	29	27
	46	43	41	38	36	34	32	31	29	28	26
100	44	41	39	37	34	31	29	28	26	25	24
	42	39	37	35	33	31	29	28	26	25	24
90	40	37	35	33	31	29	28	26	25	24	23
	38	35	33	31	28	26	25	24	22	21	20
80	35	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20
	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20	18
70	31	29	27	26	24	23	22	21	20	19	18
	29	27	26	24	23	21	20	19	18	17	16
60	27	25	24	22	21	20	19	18	17	16	15
	25	23	22	20	19	18	17	16	16	15	14
50	23	21	20	19	18	17	16	15	14	13	13
	20	19	18	17	16	15	14	14	13	12	12
	1,50	1,60	1,70	1,80	1,90	2,00					

Körpergröße (Meter)

Ihr Taillenumfang

So errechnen Sie Ihren BMI:

- ▶ Bestimmen Sie das Feld, in dem Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht aufeinander treffen!
- ▶ Kreuzen Sie Ihren BMI an!

So messen Sie Ihren Taillenumfang:

- ▶ Messen Sie den Bauchumfang auf der Höhe des Bauchnabels!
- ▶ Nüchtern messen!
- ▶ Nicht während des Einatmens messen!

Wie ist Ihr BMI?

32

Ergebnis:

- Adipositas
- Übergewicht
- Normalgewicht
- Untergewicht

Wie ist Ihr Taillenumfang?

103 cm

Ergebnis:

bauchbetonte Adipositas nein ja

Frau: über 88 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mann: über 102 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte ankreuzen

Meine Gründe für und gegen eine Gewichtsabnahme

Welche persönlichen Gründe sprechen für das Abnehmen?



Und welche dagegen?

So geht's

Gute Entscheidungen wollen wohl überlegt sein. Dies gilt auch für das Vorhaben, Gewicht abzunehmen. Überlegen Sie sich doch einmal in Ruhe, welche persönlichen Gründe bei Ihnen für eine Gewichtsabnahme sprechen und notieren Sie diese unter dem Punkt „Welche persönlichen Gründe sprechen für das Abnehmen?“!

Eventuell haben Sie aber auch Gründe, die gegen das Abnehmen sprechen. Vielleicht kennen Sie auch mögliche Probleme, die mit dem Abnehmen verbunden sein könnten. Notieren Sie diese unter dem Punkt „Und welche dagegen?“!

Beispiel

 **ARBEITSBLATT 6**

 **MEDIAS 2**
BASIS

Meine Gründe für und gegen eine Gewichtsabnahme

Welche persönlichen Gründe sprechen für das Abnehmen?

Glukosewerte verbessern, Folgeerkrankungen vermeiden 

Mich körperlich fitter fühlen: mehr Ausdauer beim Wandern

Besseres Aussehen

Wieder aktiver werden: wieder tanzen gehen

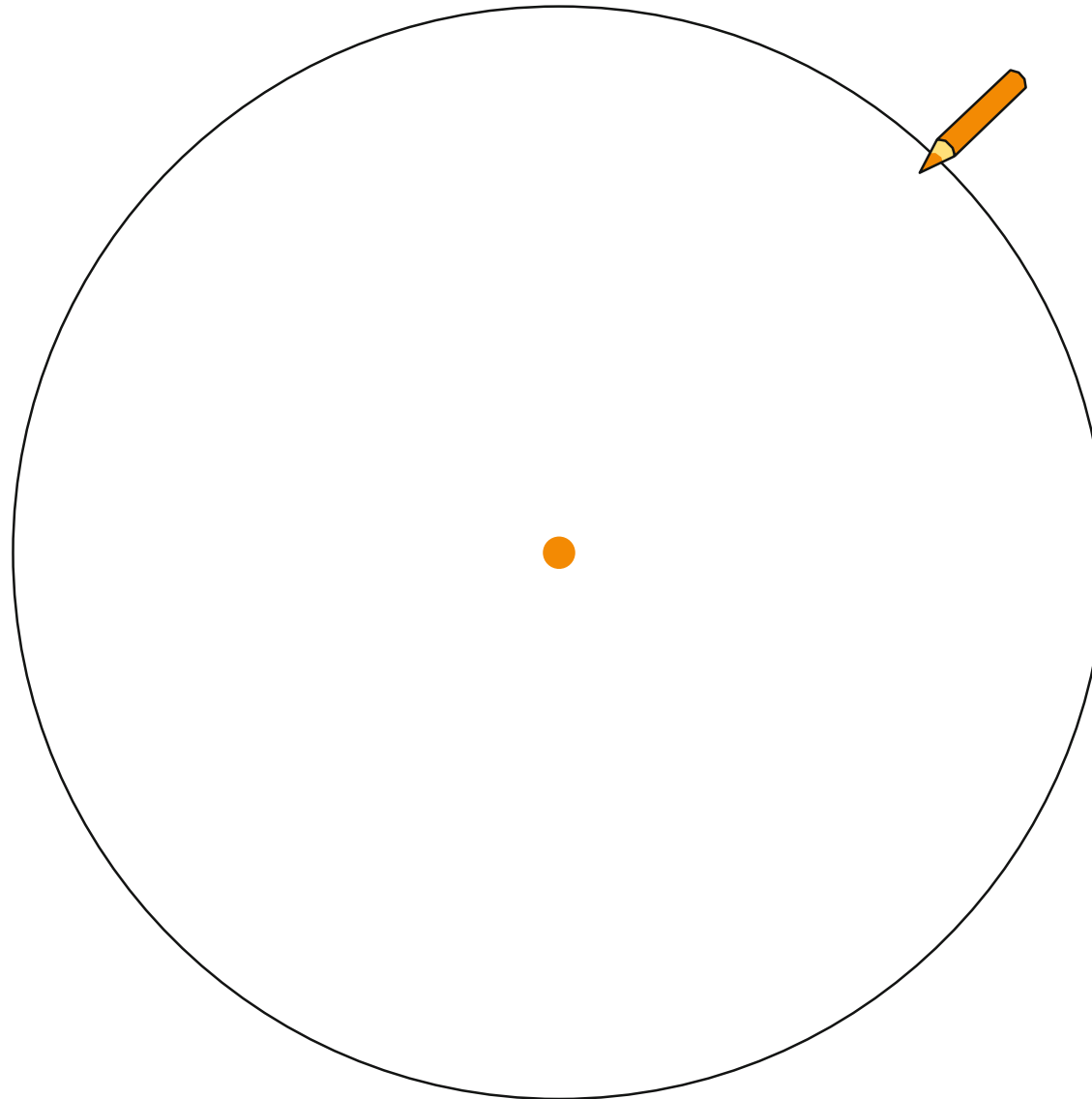
Und welche dagegen?

Ich esse sehr gerne – Verzicht zu üben, fällt mir erfahrungsgemäß schwer.

Kleider würden mir nicht mehr passen, ich müsste mir Neue kaufen.

Ich wäre wahrscheinlich öfter gereizt und unleidlich.

Meine Gründe für eine Gewichtsabnahme

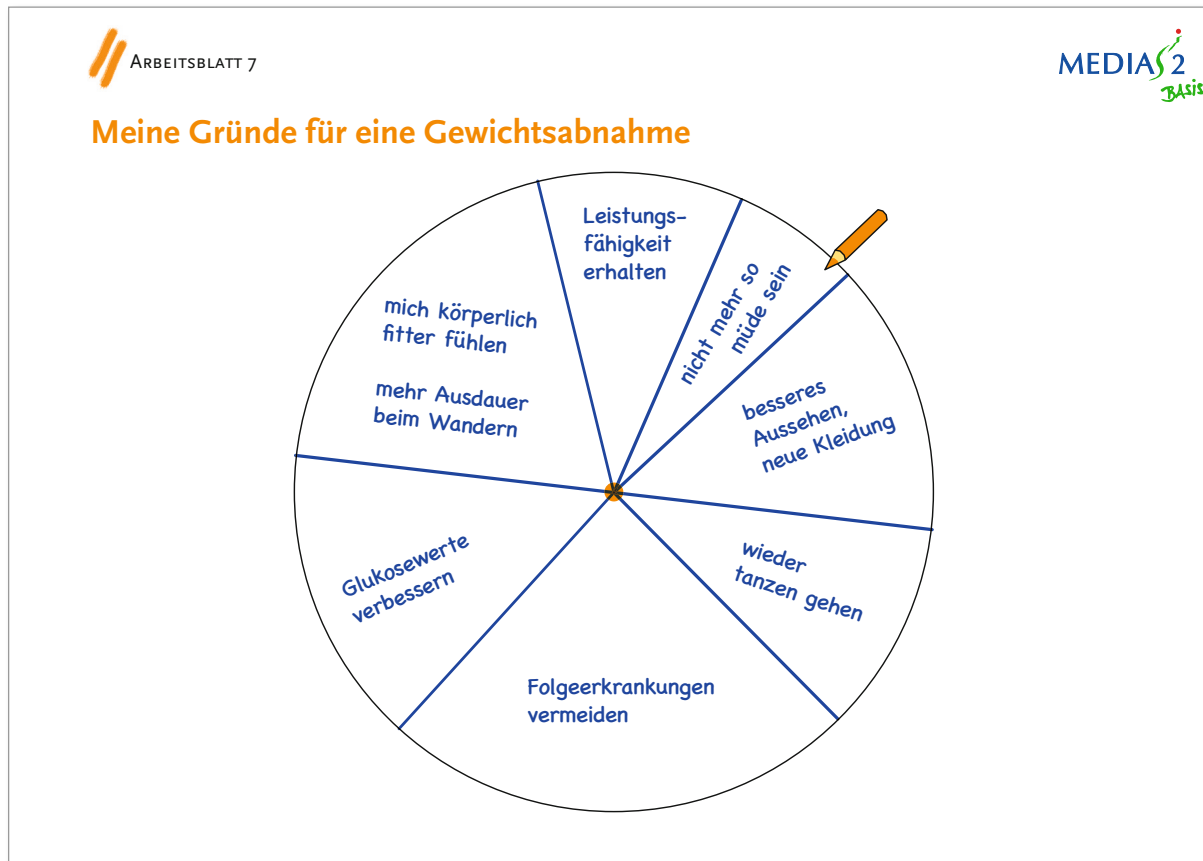


So geht's

Haben Sie für sich gute Gründe gefunden, die für eine Gewichtsabnahme sprechen? Dann gehen Sie in einem nächsten Schritt daran, diese guten Gründe nach ihrer Wichtigkeit zu ordnen!

Das geht ganz einfach: Stellen Sie sich den abgebildeten Kreis wie einen Kuchen vor, der in verschiedene Stücke unterteilt wird! Die Gründe, die Ihnen für eine Gewichtsabnahme am wichtigsten sind (hier in diesem Beispiel: „Folgeerkrankungen vermeiden“), erhalten einen entsprechend großen Ausschnitt des Kreises. Die Gründe, die weniger wichtig sind, fallen entsprechend kleiner aus (hier in diesem Beispiel: „nicht mehr so müde sein“). Sie dürfen die Anteile ganz nach Ihrer Auffassung vergeben – es gibt keine Vorgabe, kein Richtig oder Falsch.

Beispiel



So geht's

So legen Sie Ihr Gewichtsziel fest

Nehmen Sie sich zunächst ein Ziel vor, wie viel kg Sie in den nächsten Wochen abnehmen wollen! Tragen Sie dazu Ihr angestrebtes Gewicht in die Zeile „Mein Gewichtsziel (kg)“ unterhalb der Tabelle ein! In unserem Beispiel möchte eine Person nach 12 Wochen von 83 kg um 4 kg auf 79 kg abnehmen.

So erstellen Sie eine Gewichtskurve

Notieren Sie in der nächsten Zeit 1 x pro Woche Ihr aktuelles Gewicht! So ergibt sich ein Gewichtsprotokoll, mit Hilfe dessen Sie gut den langfristigen Verlauf Ihres Gewichtes verfolgen, sich einen Überblick verschaffen und frühzeitig reagieren können, wenn es nötig erscheint. Gehen Sie hierzu schrittweise vor:

1. Schritt: Wie ist Ihr aktuelles Gewicht? Tragen Sie dies am linken Rand des Protokolls neben dem roten Pfeil ein! In unserem Beispiel sind dies 83 kg.

In unserem Beispiel sind dies 83 kg.

2. Schritt: Jetzt beschriften Sie Ihre Gewichtskurve:

Tragen Sie zu diesem Zweck in die Kästchen über Ihrem aktuellen Gewicht jeweils das Gewicht um 1 Kilogramm höher ein! In unserem Beispiel also $83 \text{ kg} + 1 \text{ kg} = 84 \text{ kg}$; dann $84 \text{ kg} + 1 \text{ kg} = 85 \text{ kg}$ und so weiter ...

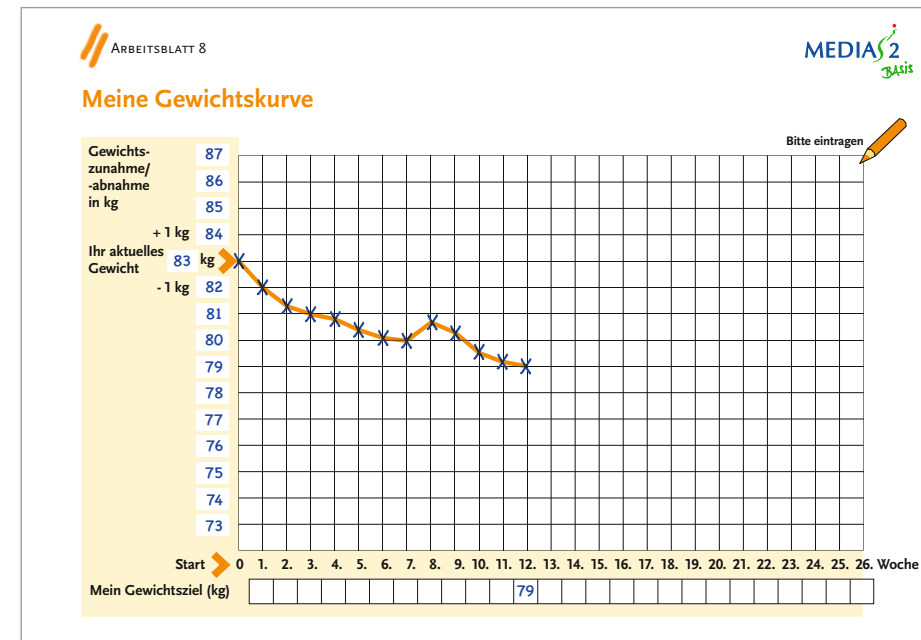
In die Kästchen unterhalb Ihres aktuellen Gewichtes tragen Sie jeweils das Gewicht um 1 Kilogramm niedriger ein! In unserem Beispiel also $83 \text{ kg} - 1 \text{ kg} = 82 \text{ kg}$; dann $82 \text{ kg} - 1 \text{ kg} = 81 \text{ kg}$ und so weiter ...

3. Schritt: Wie viel wiegen Sie nach einer Woche? Wiegen Sie sich eine Woche später möglichst zur selben Zeit und mit der selben Waage wieder! Gehen Sie jetzt bei der waagrechten Zahlenreihe (0–26 Wochen) auf den Wert 1, dann senkrecht nach oben und machen ein Kreuz bei dem Wert Ihres momentanen Körpergewichtes! In unserem Beispiel sind dies 82 kg.

4. Schritt: Messen Sie in den nächsten Wochen jeweils weiterhin 1 x pro Woche Ihr Gewicht und verbinden Sie die Messergebnisse zu einer Gewichtskurve!

Ein weiteres Exemplar dieses Arbeitsblattes ist beigefügt, so dass Sie ein gesamtes Jahr beobachten können.

Beispiel



Essen und Trinken unter die Lupe genommen

Datum: _____

Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Wie viele Kalorienbausteine?			
		bis 200*	400	600	800
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heute insgesamt:		..... Bausteine		..... Kalorien	

Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien


Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

* Angaben in kcal


So geht's

Untersuchen Sie einmal genauer, wie viel Energie in Form von Kalorien Sie täglich zu sich nehmen! Da kommt manchmal mehr zusammen, als man denkt. Am besten notieren Sie an vier Tagen alle Lebensmittel, die Sie zu sich nehmen. Tipp: Wählen Sie zwei Wochentage und ein Wochenende! Schätzen Sie den Energiegehalt mit Hilfe der Bausteintabelle ab. Kreuzen Sie pro 50 aufgenommene Kalorien einen Baustein an! Notieren Sie am Ende des Tages die Anzahl der Bausteine! Errechnen Sie dann die Gesamtmenge der Kalorien eines Tages, indem Sie die Anzahl der Bausteine mit 50 multiplizieren! In unserem Beispiel hat eine Person an einem Tag 54 Bausteine x 50 Kalorien = 2700 Kalorien zu sich genommen.

Beispiel



ARBEITSBLATT 9



MEDIA 2
BASIS

Essen und Trinken unter die Lupe genommen

Datum: 10. März

Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Wie viele Kalorienbausteine?			
		bis 200*	400	600	800
7.30	2 Tassen Kaffee, Kondensmilch, 2 Brötchen mit Butter, Marmelade	☒☒ ☒☒	☒☒ ☒☒	☒☒ ☒☒	☐☐ ☐☐
9.30	ein kleiner Becher Fruchtquark (40% Fett)	☒☒ ☒☒	☒☒ ☒☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐
12.30	ein Leberkäsebrötchen, 1 Glas Fanta (0,2 l)	☒☒ ☒☒	☒☒ ☒☒	☒☒ ☒☐	☐☐ ☐☐
14.30	ein Stück Obstkuchen, 1 EL Sahne, 1 Tasse Kaffee mit Milch	☒☒ ☒☒	☒☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐
19.30	2 Handvoll Gummibärchen	☒☒ ☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐
19.45	2 Scheiben Brot (Landbrot), 3 Gewürzgurken, Kalbsleberwurst, 1 Glas Pils (0,5 l)	☒☒ ☒☒	☒☒ ☒☒	☒☒ ☒☒	☒☒ ☐☐
22.30	2 Reihen Schokolade, Vollmilch-Nuss (8 Stücke)	☒☒ ☒☒	☒☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐
Heute insgesamt:		54	Bausteine	2700	Kalorien

☒ Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien
☒☒ Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien
* Angaben in kcal

Essen und Trinken unter die Lupe genommen

Datum: _____

Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Wie viele Kalorienbausteine?			
		bis 200*	400	600	800
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heute insgesamt:		..... Bausteine		..... Kalorien	

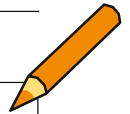
Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien

Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

* Angaben in kcal

Essen und Trinken unter die Lupe genommen

Datum: _____



Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Wie viele Kalorienbausteine?			
		bis 200*	400	600	800
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heute insgesamt:		..... Bausteine		..... Kalorien	

Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien

Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

* Angaben in kcal

Essen und Trinken unter die Lupe genommen

Datum: _____

Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Wie viele Kalorienbausteine?			
		bis 200*	400	600	800
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heute insgesamt:		..... Bausteine		..... Kalorien	

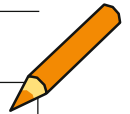
Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien

Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

* Angaben in kcal

Essen und Trinken unter die Lupe genommen

Datum: _____



Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Wie viele Kalorienbausteine?			
		bis 200*	400	600	800
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Heute insgesamt:		..... Bausteine		..... Kalorien	





































Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien

Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

* Angaben in kcal

Tagebuch zum Essverhalten

Datum: _____

Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Umstände / Beweggründe	Wie viele Kalorienbausteine?				Zufriedenheit mit dem Essverhalten			
			200*	400	600	800				
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
Heute insgesamt:			..... Bausteine				..... Kalorien			

Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

  sehr zufrieden  eher zufrieden  eher unzufrieden   sehr unzufrieden

* Angaben in kcal


So geht's

Mit Hilfe dieses Protokolls können Sie leichter erkennen, was Ihr Essverhalten im Alltag beeinflusst.


Überprüfen Sie doch einmal genauer, was Sie den Tag über so alles essen und trinken. Am besten notieren Sie an vier Tagen alle Lebensmittel, die Sie zu sich nehmen und schätzen deren Energiegehalt mit Hilfe der Kalorientabelle ab! Dafür wählen Sie am günstigsten zwei Wochentage und ein Wochenende aus.

Vermerken Sie in kurzen Stichworten in der dritten Spalte die Umstände und Beweggründe Ihrer Mahlzeiten! In der vierten Spalte können Sie pro 50 Kalorien einen Kalorienbaustein ankreuzen. Bewerten Sie abschließend in der letzten Spalte das Ausmaß Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Essverhalten!

Beispiel



ARBEITSBLATT 10



MEDIAS2
Basis

Tagebuch zum Essverhalten

Datum: 21. Mai

Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Umstände/Beweggründe	Wie viele Kalorienbausteine?				Zufriedenheit mit dem Essverhalten				
			200*	400	600	800					
7.30	2 Brötchen mit Butter, Marmelade, 2 Tassen Kaffee schwarz	gemütliches Frühstück zu Hause mit meiner Frau	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒ ☒☒	☐☐ ☐☐	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒
13.30	1 Stück Pizza, 1 Glas Limo	kurze Mittagspause mit Kollegen am Imbissstand, ärgere mich, dass ich schon wieder keine Zeit zum Essen gefunden habe	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☐☐ ☐☐	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒
16.20	1 Schokohörnchen	Kollegin bietet mir Schokohörnchen an, kann nicht „nein“ sagen, finde das nett	☒☒☒ ☒☒☒	☐☐☐ ☐☐☐	☐☐☐ ☐☐☐	☐☐☐ ☐☐☐	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒
19.30	1/2 Tafel Schokolade von der Tankstelle	esse nebenher im Auto auf dem Weg nach Hause (Stau, Ärger)	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☐ ☒☒☐	☐☐☐ ☐☐☐	☐☐☐ ☐☐☐	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒
20.00	2 Scheiben Brot, 1 Paar Wiener, Senf, 1 Pils (0,5l)	zu Hause, endlich Feierabend, schaue Nachrichten an	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒
22.00	2 Löffel Doppelrahm-Frischkäse (60% Fett i.T.)	Gewohnheit, abends vor dem Zähneputzen nochmals zum Kühlschrank zu gehen	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☐☐☐ ☐☐☐	☐☐☐ ☐☐☐	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒	☒☒☒ ☒☒☒
Heute insgesamt:			.....52 Bausteine				.....2600 Kalorien				

☒ Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien ☐ Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

☒☒☒ sehr zufrieden ☒☒☒ eher zufrieden ☒☒☒ eher unzufrieden ☒☒☒ sehr unzufrieden

* Angaben in kcal

Tagebuch zum Essverhalten

Datum: _____



Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Umstände / Beweggründe	Wie viele Kalorienbausteine?				Zufriedenheit mit dem Essverhalten				
			200*	400	600	800					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Heute insgesamt:			..... Bausteine				..... Kalorien				

Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

sehr zufrieden eher zufrieden eher unzufrieden sehr unzufrieden

* Angaben in kcal

Tagebuch zum Essverhalten

Datum: _____



Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Umstände / Beweggründe	Wie viele Kalorienbausteine?				Zufriedenheit mit dem Essverhalten					
			200*	400	600	800						
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Heute insgesamt:			..... Bausteine				..... Kalorien					





































Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien
 Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

sehr zufrieden
 eher zufrieden
 eher unzufrieden
 sehr unzufrieden

* Angaben in kcal

Tagebuch zum Essverhalten

Datum: _____

Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Umstände / Beweggründe	Wie viele Kalorienbausteine?				Zufriedenheit mit dem Essverhalten			
			200*	400	600	800				
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 			 
Heute insgesamt:			..... Bausteine				..... Kalorien			

Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

  sehr zufrieden  eher zufrieden  eher unzufrieden   sehr unzufrieden

* Angaben in kcal

Tagebuch zum Essverhalten

Datum: _____



Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	Umstände / Beweggründe	Wie viele Kalorienbausteine?				Zufriedenheit mit dem Essverhalten				
			200*	400	600	800					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Heute insgesamt:			..... Bausteine				..... Kalorien				

Ein ausgekreuzter Baustein: 50 verzehrte Kalorien
 Ein geteilter Baustein: 25 verzehrte Kalorien

sehr zufrieden
 eher zufrieden
 eher unzufrieden
 sehr unzufrieden

* Angaben in kcal

Tipps zur Änderung von Essgewohnheiten

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie eine Auswahl von Tipps, die Ihnen helfen können, Ihr Essverhalten zu verändern.

Gezielter Einkauf

- ▶ Um kalorien günstigere Alternativen herauszufinden, schaue ich mir die Angaben auf dem Etikett genau an oder verwende die Bausteintabelle.

- ▶ Ich schreibe mir vor dem Einkaufen einen Einkaufszettel.

- ▶ Ich gehe möglichst nur dann einkaufen, wenn ich nicht hungrig bin (am besten nach einer Hauptmahlzeit).

- ▶ Ich lege keine Vorräte für Süßigkeiten oder Knabbereien an.

- ▶ Besonders an der Käse-, Wurst- oder Fleischtheke beachte ich in Zukunft die Angaben zum Fettgehalt.

Mahlzeiten gezielter planen

- ▶ Ich verteile meine Mahlzeiten besser über den Tag.
- ▶ Ich reserviere in meinem Tagesablauf genügend Zeit für Frühstück, Mittag- und Abendessen.
- ▶ Ich versuche, die Abstände zwischen den Mahlzeiten nicht zu groß werden zu lassen, um Heißhungeranfälle zu vermeiden.
- ▶ Ich nehme für meinen kleinen Hunger zwischendurch etwas mit (z.B. Obst).
- ▶ Am Abend nehme ich nur noch eine kleine Mahlzeit zu mir.
- ▶ Ich vermeide Nebentätigkeiten beim Essen (z.B. fernsehen) und kümmere mich darum, dass ich beim Essen ungestört bin (z.B. kein Handy am Tisch).

Mahlzeiten günstiger zubereiten

▶ Ich verwende zum Zubereiten von Salaten oder Fleischgerichten möglichst wenig Fett oder Öl.

▶ Bei Schinken, Speck, fettiger Wurst oder Fleisch entferne ich den Fettrand.

▶ Ich vermeide in Zukunft nach Möglichkeit eine fettreiche Zubereitung (z.B. panieren oder frittieren).

▶ Ich verwende für's Braten nur noch eine beschichtete Pfanne.

▶ Bei der Zubereitung von Kartoffeln (die essen wir sehr oft!) will ich in Zukunft darauf achten, nicht so häufig Pommes frites zu machen.

▶ Die Bratensoße will ich zukünftig mit weniger oder gar keinem Rahm zubereiten.

Nicht mehr als nötig essen

- ▶ Wenn ich keinen Hunger habe oder mir das Essen nicht schmeckt, esse ich den Teller nicht leer – ich muss nicht immer alles aufessen.
- ▶ Ich schöpfe mir erst einmal eine kleinere Portion auf den Teller. Wenn der Teller leer ist, schaue ich, ob ich satt bin.
- ▶ Wenn ich die Mahlzeit selbst zubereite, versuche ich in Zukunft, nicht mehr in so großen Mengen zu kochen. Es muss nicht immer etwas übrigbleiben.
- ▶ Ich esse langsam, mache Pausen, kaue gut, damit ich eher merke, wann ich satt bin.
- ▶ Große Schüsseln, Pfannen oder Töpfe stelle ich nicht auf den Tisch, sondern außer Reichweite.

Verführungssituationen und Anreize zum Essen vermeiden

▶ Ich achte darauf, dass mein Kühlschrank zwar das Notwendige für den Alltag enthält, aber nicht üppig gefüllt ist.

▶ Wenn ich etwas zum Naschen brauche, dann bevorzuge ich kalorienarme Süßigkeiten (z.B. zuckerfreien Kaugummi).

▶ Ich überlege mir, wie ich zukünftig mit „Verführungssituationen“ umgehen will (z.B. Vorbeigehen an einer Konditorei oder Pommes-Bude).

▶ Ich vermeide (besonders abends beim Fernsehen) Knabbereien, die es in sich haben (z.B. Erdnüsse).

▶ Gerade nach einer Stresssituation (z.B. nach einem arbeitsreichen Tag) versuche ich ganz bewusst, nicht gleich zu essen, da ich weiß, dass ich dann sehr gefährdet bin, unkontrolliert zu essen. Lieber lese ich dann erst die Zeitung oder arbeite noch ein wenig im Garten.

Bei Festen und Feiern

▶ Auf einer Feier lasse ich mich nicht zum Weiteressen überreden, wenn ich keinen Hunger mehr habe.

▶ Wenn ich auf einer Feier wählen kann, bevorzuge ich kalorienärmere Gerichte.

▶ Ich verzichte auf Chips oder angebotene Knabbereien.

Sich anders belohnen

▶ Anstatt zu essen (oder essen zu gehen), gönne ich mir zu bestimmten Anlässen andere Dinge, die mir Freude bereiten wie ein Strauß Blumen, eine neue Musik-CD oder ein Kinobesuch.

Anders mit schlechtem Befinden umgehen

- ▶ Bei Stress versuche ich mir anderweitig Entspannung und Ausgleich zu verschaffen (z.B. lesen oder Musik hören).
- ▶ Wenn ich mich geärgert oder aufgeregt habe, versuche ich durch körperliche Bewegung (z.B. Rad fahren) wieder meine innere Ruhe zurückzugewinnen.
- ▶ Wenn ich Sorgen habe, behalte ich diese nicht für mich, sondern spreche nach Möglichkeit mit einer Vertrauensperson darüber, um eine Lösung zu finden.
- ▶ Ich mache mir eine Liste mit Ideen, was ich tun könnte, wenn mir langweilig ist oder ich mich alleine fühle.
- ▶ Im Kühlschrank habe ich immer kalorienarme Lebensmittel (z.B. rohes Gemüse), auf die ich schnell zugreifen kann.

Nicht so streng mit sich sein und flexibel bleiben

▶ Keine Regel ohne Ausnahme: Ich lasse Ausnahmen zu und gönne mir bewusst ab und zu etwas, was für's Abnehmen eher ungünstig ist.

▶ Bei einer Feier gönne ich mir einmal auch etwas Gutes, ohne dauernd an mein Gewicht zu denken.

Andere um Unterstützung bitten

▶ Ich versuche mir im Familien- und Bekanntenkreis Unterstützung einzuholen, die mir hilft, mich gesünder zu ernähren und Gewicht abzunehmen.

▶ Ich versuche, meinen Partner dafür zu gewinnen, dass er bei Festen/Feiern oder beim Essen im Restaurant auch gesunde Alternativen auswählt.
Dann fällt mir mein Vorhaben leichter.

Änderungen von Essgewohnheiten: Das nehme ich mir bis zum Ende des Kurses vor

Datum: _____











So geht's

Mit Hilfe der Ideensammlung des Arbeitsblattes 11 können Sie nun Ihre eigenen Ziele festlegen, die Sie bis Ende des Kurses umsetzen möchten. Notieren Sie sich nun auf dem Arbeitsblatt Ihre persönlichen Ziele! Bitte denken Sie daran:


- ▶ Je konkreter Ihre Ziele, desto besser
- ▶ Ziele positiv formulieren
- ▶ Weniger ist manchmal mehr
- ▶ Setzen Sie sich Etappenziele
- ▶ Stecken Sie sich Ihre Ziele nicht zu hoch

Beispiel

 ARBEITSBLATT 12

 MEDIA 2
BASIS

Änderungen von Essgewohnheiten:
Das nehme ich mir bis zum Ende des Kurses vor Datum: 3. August

▶ Ich stehe etwas früher auf und gehe nicht ohne Frühstück aus dem Haus. 

▶ Am späten Vormittag esse ich etwas Kleines, z.B. einen Apfel, um Heißhunger vor dem Mittagessen zu vermeiden.

▶ In der Kantine werde ich in Zukunft auf kleinere Portionen achten. Ich sage dem Koch, Herrn Müller, er soll mir nicht immer so große Portionen schöpfen.

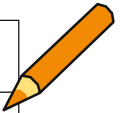
▶ Wenn ich satt bin, will ich auch etwas auf dem Teller liegen lassen können.

▶ Ich nehme das Angebot meiner Frau an, gemeinsam mit ihr abzunehmen.





Meine körperlichen Aktivitäten im Alltag

Datum: _____

Uhrzeit	Meine körperlichen Aktivitäten	Wie lange?
Schritte _____ Schritte Bewegungskalorien _____ kcal		



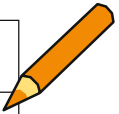
Heute war ich mit meinem Bewegungspensum ...

 sehr zufrieden
  eher zufrieden
  eher unzufrieden
  sehr unzufrieden (bitte ankreuzen)





Meine körperlichen Aktivitäten im Alltag

Datum: _____

Uhrzeit	Meine körperlichen Aktivitäten	Wie lange?
Schritte _____ Schritte Bewegungskalorien _____ kcal		



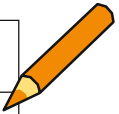
Heute war ich mit meinem Bewegungspensum ...

 sehr zufrieden
  eher zufrieden
  eher unzufrieden
  sehr unzufrieden (bitte ankreuzen)







Meine körperlichen Aktivitäten im Alltag

Datum: _____

Uhrzeit	Meine körperlichen Aktivitäten	Wie lange?
Schritte _____ Schritte Bewegungskalorien _____ kcal		



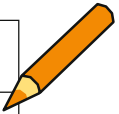
Heute war ich mit meinem Bewegungspensum ...


 sehr zufrieden
  eher zufrieden
  eher unzufrieden
 
 sehr unzufrieden (bitte ankreuzen)





Meine körperlichen Aktivitäten im Alltag

Datum: _____

Uhrzeit	Meine körperlichen Aktivitäten	Wie lange?
Schritte _____ Schritte Bewegungskalorien _____ kcal		



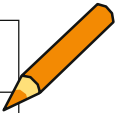
Heute war ich mit meinem Bewegungspensum ...

 sehr zufrieden
  eher zufrieden
  eher unzufrieden
  sehr unzufrieden (bitte ankreuzen)





Meine körperlichen Aktivitäten im Alltag

Datum: _____

Uhrzeit	Meine körperlichen Aktivitäten	Wie lange?
<div style="text-align: right;"> Schritte _____ Schritte Bewegungskalorien _____ kcal </div>		



Heute war ich mit meinem Bewegungspensum ...

 sehr zufrieden
  eher zufrieden
  eher unzufrieden
  sehr unzufrieden (bitte ankreuzen)

Wie hoch ist Ihr Diabetes-Risiko?

1. Wie alt sind Sie?

- 0 unter 35 Jahren
- 1 35 – 44 Jahre
- 2 45 – 54 Jahre
- 3 55 – 64 Jahre
- 4 älter als 64 Jahre

2. Wie hoch ist Ihr Body-Mass-Index? (BMI, siehe Arbeitsblatt 5)

- 0 unter 25 kg/m²
- 1 zwischen 25 und 30 kg/m²
- 3 über 30 kg/m²

3. Wie groß ist Ihr Taillenumfang?

- 0 unter 94 cm (Männer) bzw. 80 cm (Frauen)
- 3 zwischen 94 cm und 102 cm (Männer) bzw. 80 cm und 88 cm (Frauen)
- 4 über 102 cm (Männer) bzw. 88 cm (Frauen)

4. Treiben Sie Sport oder sind Sie an den meisten Tagen mindestens 30 Minuten in Freizeit oder Beruf körperlich aktiv?

- 0 ja
- 2 nein

5. Wie oft essen Sie Obst, Gemüse oder dunkles Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)?

- 0 jeden Tag
- 1 nicht jeden Tag

6. Ist bei einem Ihrer Familienangehörigen irgendwann einmal Diabetes festgestellt worden?

- 0 nein
- 3 ja, bei Großvater, Großmutter, Onkel, Tante, Cousin aber nicht Ehepartner
- 5 ja, bei meinem Vater/meiner Mutter, meinen Geschwistern oder Kindern

7. Wurden bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Glukosewerte festgestellt?

- 0 nein
- 5 ja

8. Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?

- 0 nein
- 2 ja


Ihre Gesamtpunktzahl:

- 0– 6 Punkte: geringes Risiko
- 7–11 Punkte: leicht erhöhtes Risiko
- 12–14 Punkte: mittleres Risiko
- 15–20 Punkte: hohes Risiko
- Mehr als 20 Punkte: sehr hohes Risiko


So geht's

Wenn Sie selbst keinen Diabetes haben, können Sie mit der Beantwortung der folgenden acht Fragen sehr leicht feststellen, wie hoch Ihr persönliches Diabetes-Risiko ist. Kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft! Zählen Sie die Punkte zusammen! Übertragen Sie die Zahl in die Rubrik „Ihre Gesamtpunktzahl“ und lesen Sie direkt Ihr Risiko ab!

Beispiel



ARBEITSBLATT 14



Wie hoch ist Ihr Diabetes-Risiko?

<p>1. Wie alt sind Sie?</p> <p>0 unter 35 Jahren</p> <p>1 35 – 44 Jahre</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 45 – 54 Jahre</p> <p>3 55 – 64 Jahre</p> <p>4 älter als 64 Jahre</p>	<p>4. Treiben Sie Sport oder sind Sie an den meisten Tagen mindestens 30 Minuten in Freizeit oder Beruf körperlich aktiv?</p> <p>0 ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p>	<p>7. Wurden bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Glukosewerte festgestellt?</p> <p>0 nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p>
<p>2. Wie hoch ist Ihr Body-Mass-Index? (BMI, siehe Arbeitsblatt 5)</p> <p>0 unter 25 kg/m²</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> zwischen 25 und 30 kg/m²</p> <p>3 über 30 kg/m²</p>	<p>5. Wie oft essen Sie Obst, Gemüse oder dunkles Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> jeden Tag</p> <p>1 nicht jeden Tag</p>	<p>8. Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>2 ja</p>
<p>3. Wie groß ist Ihr Taillenumfang?</p> <p>0 unter 94 cm (Männer) bzw. 80 cm (Frauen)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> zwischen 94 cm und 102 cm (Männer) bzw. 80 cm und 88 cm (Frauen)</p> <p>4 über 102 cm (Männer) bzw. 88 cm (Frauen)</p>	<p>6. Ist bei einem Ihrer Familienangehörigen irgendwann einmal Diabetes festgestellt worden?</p> <p>0 nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja, bei Großvater, Großmutter, Onkel, Tante, Cousin aber nicht Ehepartner</p> <p>5 ja, bei meinem Vater/meiner Mutter, meinen Geschwistern oder Kindern</p>	

Ihre Gesamtpunktzahl:

16 Punkte

0– 6 Punkte: geringes Risiko

7–11 Punkte: leicht erhöhtes Risiko

12–14 Punkte: mittleres Risiko

15–20 Punkte: hohes Risiko

Mehr als 20 Punkte: sehr hohes Risiko

Quelle: Lindström J, Tuomilehto J: The Diabetes Risk Score. Diabetes Care 725–731, 2003.
© Deutsches Diabetes-Forschungsinstitut Düsseldorf (mit freundlicher Genehmigung)

Wie gefährdet sind Ihre Füße?

Die Beantwortung der nachfolgenden Fragen hilft Ihnen, die Gefährdung Ihrer Füße einschätzen zu können. Die Angaben aus dem Gesundheits-Pass Diabetes können Ihnen dabei eine Hilfe sein.



Bitte ankreuzen
Nein Ja

Wurde bei Ihnen eine diabetesbedingte Nervenerkrankung an den Beinen festgestellt (Neuropathie)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Wurde bei Ihnen eine Durchblutungsstörung an den Beinen festgestellt?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Hatten Sie schon einmal ein schlecht heilendes Geschwür am Fuß?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2
Wurde bei Ihnen eine Amputation an den Füßen vorgenommen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2
Liegt bei Ihnen eine schwerwiegende Fehlstellung oder Verformung an den Füßen vor (z. B. Hammer-, Krallenzehen)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2

Ihre Punktzahl: _____

Auflösung

0 Risikogruppe 1

Geringes Risiko,
aufgepasst: auf die Füße achten.

1 Risikogruppe 2

Hohes Risiko,
besonders auf die Füße achten.

2 Risikogruppe 3

und
mehr

Sehr hohes Risiko,
Ihre Füße sind stark gefährdet.

Achtung!

So geht's

Mit der Beantwortung der folgenden 5 Fragen können Sie sehr einfach selbst feststellen, wie gefährdet Ihre Füße sind. Kreuzen Sie zuerst an, was für Sie zutrifft!

Zählen Sie dann Ihre Punkte in den grünen und roten Feldern zusammen! Wenn Sie anschließend Ihre Punktzahl in die Rubrik „Auflösung“ übertragen, so können Sie feststellen, welches Risiko für Ihre Füße besteht.

Beispiel





Wie gefährdet sind Ihre Füße?

Die Beantwortung der nachfolgenden Fragen hilft Ihnen, die Gefährdung Ihrer Füße einschätzen zu können. Die Angaben aus dem Gesundheits-Pass Diabetes können Ihnen dabei eine Hilfe sein.


Bitte ankreuzen

		Nein	Ja
Wurde bei Ihnen eine diabetesbedingte Nervenerkrankung an den Beinen festgestellt (Neuropathie)?	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine Durchblutungsstörung an den Beinen festgestellt?	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal ein schlecht heilendes Geschwür am Fuß?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Wurde bei Ihnen eine Amputation an den Füßen vorgenommen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Liegt bei Ihnen eine schwerwiegende Fehlstellung oder Verformung an den Füßen vor (z. B. Hammer-, Krallenzehen)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

Ihre Punktzahl: 2

Auflösung

0 Risikogruppe 1 Geringes Risiko, aufgepasst: auf die Füße achten.	1 Risikogruppe 2 Hohes Risiko, besonders auf die Füße achten.	<input checked="" type="checkbox"/> Risikogruppe 3 <small>und mehr</small> Sehr hohes Risiko, Ihre Füße sind stark gefährdet. Achtung!
---	--	---

Ein guter Schuh – außen und innen

<p>Schuhsohle nicht zu biegsam</p>		<p>Gibt der Ferse festen Halt</p>
<p>Weiches Obermaterial</p>		<p>Kein hoher Absatz</p>
<p>Keine Vorderkappe</p>		<p>Lässt sich nicht leicht verdrehen</p>
		<p>Ausreichend Platz auch für Zehen</p>
<p>Keine harten Nähte und Ösen</p>		<p>Weicher Innenschuh</p>
<p>Innenfutter nicht zerrissen</p>		<p>Keine harten Übergänge</p>
		<p>Kein vorgefertigtes Fußbett</p>

Mein Schuh-Check

Überprüfen Sie einmal diejenigen zwei Paar Schuhe, die Sie im Alltag am meisten tragen (Beispiel: Halbschuhe und Hausschuhe)!

Sie	Bitte ankreuzen			
	ja	nein	ja	nein
... sind weich und bieten genügend Platz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bieten ausreichend Platz auch für die Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geben den Füßen einen festen Halt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben keine zu hohen Absätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben einen weichen Innenschuh (keine Nähte oder harten Übergänge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben kein vorgefertigtes Fußbett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben kein zerrissenes Innenfutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Einschätzung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

😊
 ☹️
 😊
 ☹️


So geht's

Überprüfen Sie einmal diejenigen zwei Paar Schuhe, die Sie im Alltag am meisten tragen (Beispiel: Halbschuhe und Hausschuhe), an Hand der sieben Kriterien!

Zu welcher Einschätzung kommen Sie?

Beispiel





Ein guter Schuh – außen und innen

Schuhsohle nicht zu biegsam

Weiches Obermaterial

Keine Vorderkappe



Gibt der Ferse festen Halt

Kein hoher Absatz

Lässt sich nicht leicht verdrehen

Ausreichend Platz auch für Zehen

Keine harten Nähte und Ösen

Innenfutter nicht zerrissen



Weicher Innenschuh

Keine harten Übergänge

Kein vorgefertigtes Fußbett

Mein Schuh-Check

Überprüfen Sie einmal diejenigen zwei Paar Schuhe, die Sie im Alltag am meisten tragen (Beispiel: Halbschuhe und Hausschuhe)!

	Halbschuhe		Hausschuhe	
	ja	nein	Bitte ankreuzen ja	nein
... sind weich und bieten genügend Platz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bieten ausreichend Platz auch für die Zehen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geben den Füßen einen festen Halt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben keine zu hohen Absätze	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben einen weichen Innenschuh (keine Nähte oder harten Übergänge)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben kein vorgefertigtes Fußbett	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben kein zerrissenes Innenfutter	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Einschätzung:	😊	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	☹️

Mein Fuß-Check

Beim Ansehen und Betasten meiner Füße bemerke ich

	ja	nein
... Druckstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hornhautschwielen, Blasen, Hühneraugen oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eingewachsene Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... rissige, trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... nicht intakte Haut zwischen den Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geschwollene Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Anzeichen einer Entzündung (Rötung, Schwellung, Eiter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Meine Einschätzung:



Meine Utensilien zur Fußpflege und -kontrolle:

Was benötige ich noch? (z.B. Spiegel, Bimsstein, Termin mit Podologe/Podologin)

So geht's

Nehmen Sie sich einmal 5 Minuten Zeit, um sich genauer Ihre Füße anzusehen und sie zu betasten!

Zu welcher Einschätzung kommen Sie?

Welche Utensilien zur Fußpflege und -kontrolle benötigen Sie noch, welche Maßnahmen müssen Sie in die Wege leiten?

Beispiel

Mein Fuß-Check

Beim Ansehen und Betasten meiner Füße bemerke ich

	ja	nein
... Druckstellen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hornhautschwielen, Blasen, Hühneraugen oder Verletzungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eingewachsene Nägel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
... rissige, trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
... nicht intakte Haut zwischen den Zehen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
... geschwollene Füße	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
... Anzeichen einer Entzündung (Rötung, Schwellung, Eiter)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Meine Einschätzung:

Meine Utensilien zur Fußpflege und -kontrolle:
Was benötige ich noch? (z.B. Spiegel, Bimsstein, Termin mit Podologe/Podologin)

Sandfeile

Fußspiegel mit langem Griff

Kontakt mit Podologin aufnehmen

Schwierige Situationen nach dem Kurs

Überlegen Sie doch schon einmal vorab, welche Hindernisse, „Stolperfallen“ für das Erreichen Ihrer Ziele nach dem Kurs auftreten könnten!

Diese können sich beispielsweise auf Ihre Glukose-/Blutdruckeinstellung, Ihr Essverhalten, Gewicht, Ihre körperliche Bewegung, Selbstkontrolle oder Fußpflege beziehen.

Was fällt Ihnen ein?



**Glukose-
einstellung**

Gewicht

Bewegung

Fußpflege

So geht's

Solange Sie am Diabeteskurs teilnehmen, sind Sie sicherlich motiviert, Ihre selbstgesteckten Ziele zu erreichen. Aber wie geht es Ihnen in der Zeit nach dem Kurs? Gute Zeiten – schlechte Zeiten: Bestimmt kommen Zeiten auf Sie zu, in denen es Ihnen schwerfällt, Ihre Vorhaben im Alltag umzusetzen. Auch ist absehbar, daß vielleicht nach einigen Wochen Ihre Motivation zur Diabetes-Selbstbehandlung nachlässt. Überlegen Sie schon jetzt einmal: Was könnte Ihnen künftig einen guten Umgang mit dem Diabetes erschweren?

Beispiel



Schwierige Situationen nach dem Kurs

Überlegen Sie doch schon einmal vorab, welche Hindernisse, „Stolperfallen“ für das Erreichen Ihrer Ziele nach dem Kurs auftreten könnten!

Diese können sich beispielsweise auf Ihre Glukose-/Blutdruckeinstellung, Ihr Essverhalten, Gewicht, Ihre körperliche Bewegung, Selbstkontrolle oder Fußpflege beziehen.

Was fällt Ihnen ein?

Glukose-einstellung Bei beruflichem Stress muss ich aufpassen, auch auf meinen Glukose und Blutdruck zu achten. Bisher habe ich dann meinen Diabetes oft sehr vernachlässigt.

Gewicht Erfahrungsgemäß fällt es mir sehr schwer, meine guten Vorsätze beizubehalten, wenn meine Familie mich dabei nicht unterstützt.

Bewegung Im Sommer bewege ich mich schon regelmäßig (Fahrradfahren, Gartenarbeit), im Winter aber leider bisher nur sehr wenig.

Fußpflege Wenn ich nicht regelmäßig Fußpflegetermine ausmache, dann kümmere ich mich erfahrungsgemäß zu wenig um meine Füße.



Meine Ziele für die Zeit nach dem Kurs

Mit diesen Ergebnissen in drei Monaten wäre ich zufrieden:

mein HbA_{1c}: _____ %

mein Gewicht: _____ kg

mein Blutdruck: _____ mm Hg

_____ mmol/mol

Meine Selbstkontrolle



Mein Essverhalten

Meine körperliche Bewegung

Meine Fußpflege und -kontrolle

So geht's

Überlegen Sie, welche Ziele im Umgang mit dem Diabetes Sie sich für die nächsten drei Monate vornehmen möchten! Mit welchen Ergebnissen wären Sie in drei Monaten zufrieden?

Beispiel



ARBEITSBLATT 19



Meine Ziele für die Zeit nach dem Kurs

Mit diesen Ergebnissen in drei Monaten wäre ich zufrieden:

mein HbA_{1c}: 7,5 %

mein Gewicht: 87 kg

mein Blutdruck: 140/90 mm Hg

58 mmol/mol

Meine Selbstkontrolle

1x pro Woche Gewicht messen

2x pro Woche Blutdruck messen

mindestens 3x pro Woche Glukose messen

Mein Essverhalten

Ich gehe immer noch nur mit vorherigem Frühstück morgens aus dem

Haus. Für den kleinen Hunger zwischendurch nehme ich etwas mit. Abends

ess' ich nur wenig und vermeide Erdnüsse beim Fernsehen.

Meine körperliche Bewegung

Ich wäre zufrieden, wenn ich es schaffen würde, drei Monate bei gutem

Wetter mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren und einmal pro Woche

schwimmen zu gehen.

Meine Fußpflege und -kontrolle

Ich möchte, auch wenn meine Füße in Ordnung sind, wenigstens einmal

pro Woche meine Füße mit dem Spiegel genau anschauen. Zur Fußpflege

benutze ich zukünftig einen natürlichen Bimsstein und eine Sandpapierfeile.



Diese Broschüre ist Bestandteil des MEDIAS 2 Basis Patientenbuchs (ISBN 978-3-87409-793-2).



Impressum



Alle Rechte vorbehalten
© MedTriX GmbH
Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
de-shop@medtrix.group, www.mtx-shop.de

2026, Nachdruck er 21. Auflage 2025



FIDAM GmbH
Forschungsinstitut Diabetes-Akademie
Bad Mergentheim

Kulzer, B., Hermanns, N., Maier, B., Haak, T.

„Typ-2-Diabetes selbst behandeln“ ist Bestandteil des Schulungs- und Behandlungsprogramms MEDIAS 2 BASIS für Patienten mit nicht-insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes im mittleren Lebensalter. MEDIAS 2 BASIS wurde mit Unterstützung des Bundesforschungsministeriums vom Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V. entwickelt.

MEDIAS 2 BASIS einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Fotografie: Victor S. Brigola, Stuttgart; Adobe Stock

Design: Lothar Steyer, Mainz

Titelbild: Adobe Stock | Robert Kneschke

Nachdruck oder Vervielfältigung jeder Art, auch nur auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

ISBN 978-3-87409-793-2

