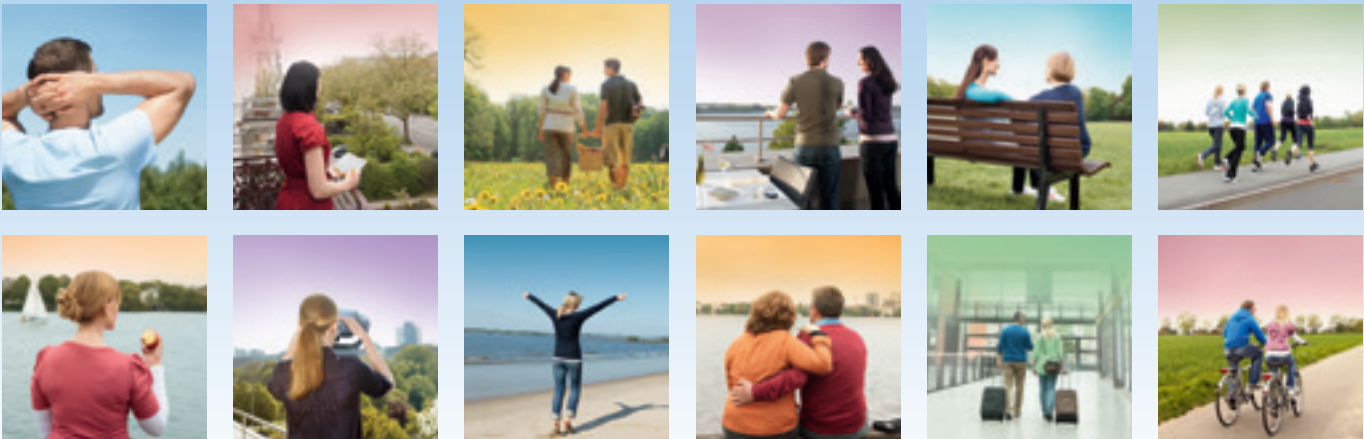


# PRIMAS

## LEBEN MIT TYP-1-DIABETES



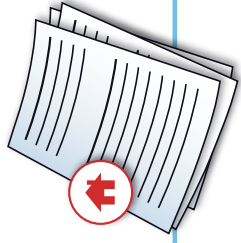
## **Selbstbestimmt leben mit Insulin**

Arbeitsblätter Kurseinheiten 1–12

*Kulzer, B. – Hermanns, N. – Ehrmann, D. – Bergis-Jurgan, N. – Haak, T.*



# MEINE DREI WICHTIGSTEN ZIELE FÜR DEN KURS



**Bitte wählen Sie Ihre drei wichtigsten Ziele für den Kurs aus.**

## Ich möchte ...

- ... mehr Wissen über den Diabetes und meine Insulintherapie bekommen
  - ... meine Glukosewerte verbessern
  - ... meine Insulintherapie verändern
  - ... im Alltag meine Insulintherapie besser umsetzen können
  - ... in besonderen Situationen besser mit meinem Diabetes zurechtkommen
  - ... sicherer und gelassener im Umgang mit Unterzuckerungen werden
  - ... Glukoseschwankungen vermeiden
  - ... meine Glukoseselbstkontrolle verbessern
  - ... besser KE/BE einschätzen können
  - ... bei körperlicher Bewegung und beim Sport gute Glukosewerte haben
  - ... weniger Sorgen und Ängste wegen Folgeerkrankungen haben
  - ... weniger Konflikte in Partnerschaft, Familie oder Beruf im Zusammenhang mit Diabetes haben
  - ... meinen bisherigen Umgang mit meinem Diabetes überdenken
  - ... mehr Motivation für meine Diabetestherapie bekommen
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

# MEINE DREI WICHTIGSTEN ZIELE FÜR DEN KURS

Anleitung  
& Beispiel

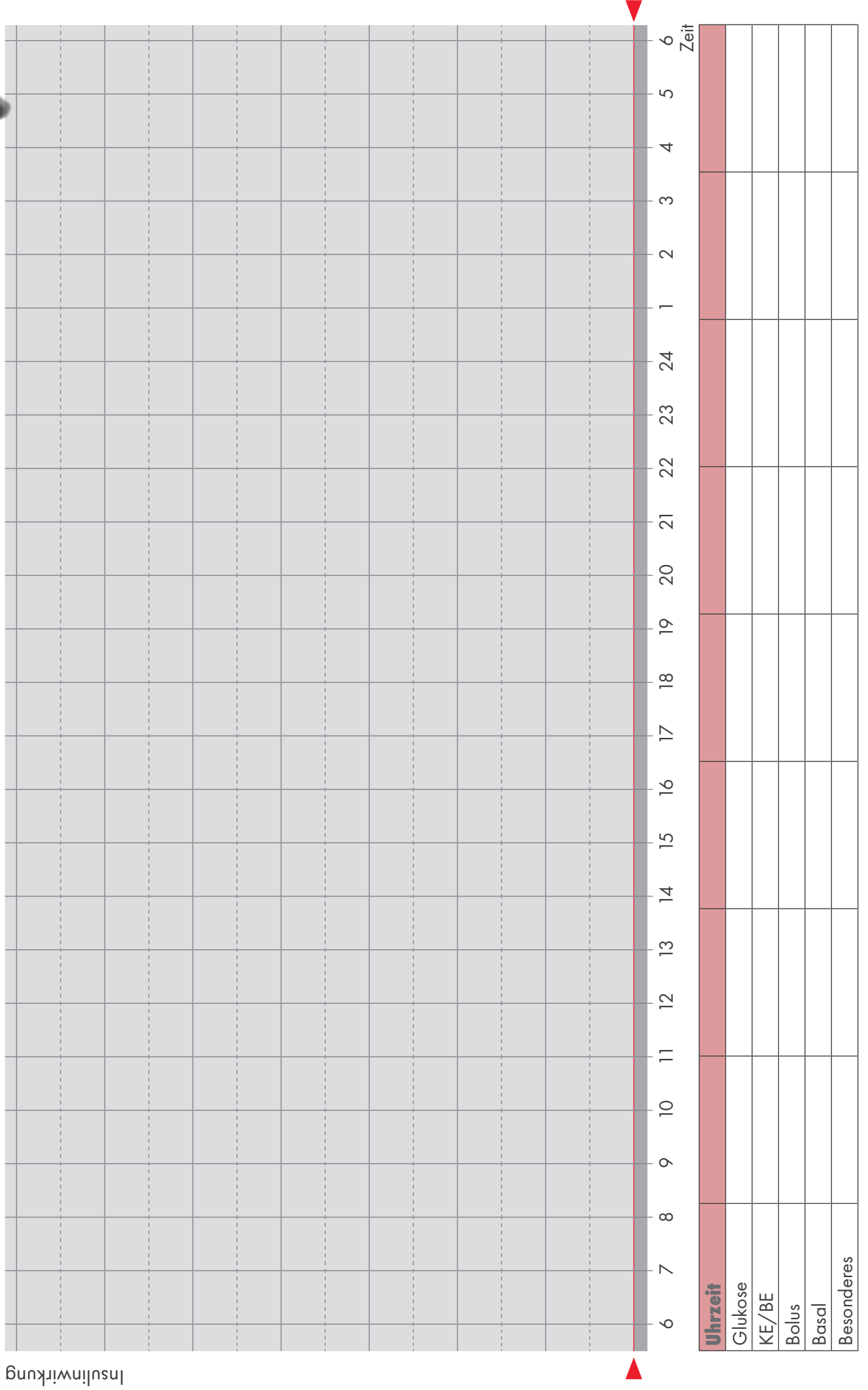
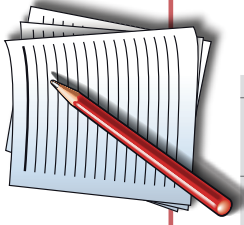
Dieses Arbeitsblatt soll Ihnen helfen, Ihre persönlichen Ziele für den Kurs möglichst konkret einzuschätzen. Es enthält einige mögliche Ziele für den Kurs. Gehen Sie bei der Bearbeitung folgendermaßen vor:

- Wählen Sie aus der Auflistung auf dem Arbeitsblatt Ihre drei wichtigsten Ziele für den Kurs aus.
- Wenn Sie ein persönliches Ziel haben, welches in der Liste nicht genannt ist, so können Sie dies in den Leerzeilen des Arbeitsblattes aufschreiben.
- Kennzeichnen Sie dann das wichtigste Ziel mit einer „1“, das zweitwichtigste mit einer „2“ und das dritt-wichtigste mit einer „3“.

## Ich möchte ...

... mehr Wissen über den Diabetes und meine Insulintherapie bekommen	<input type="checkbox"/>
... meine Glukosewerte verbessern	<input type="checkbox"/>
... meine Insulintherapie verändern	<input checked="" type="checkbox"/>
... im Alltag meine Insulintherapie besser umsetzen können	<input type="checkbox"/>
... in besonderen Situationen besser mit meinem Diabetes zurecht kommen	<input type="checkbox"/>
... sicherer und gelassener im Umgang mit Unterzuckerungen werden	<input type="checkbox"/>
... Glukoseschwankungen vermeiden	<input type="checkbox"/>
... meine Glukoseselbstkontrolle verbessern	<input type="checkbox"/>
... besser KE/BE einschätzen können	<input type="checkbox"/>
... bei körperlicher Bewegung und beim Sport gute Glukosewerte haben	<input type="checkbox"/>
... weniger Sorgen und Ängste wegen Folgeerkrankungen haben	<input type="checkbox"/>
... weniger Konflikte in Partnerschaft, Familie oder Beruf im Zusammenhang mit Diabetes haben	<input type="checkbox"/>
... meinen bisherigen Umgang mit meinem Diabetes überdenken	<input type="checkbox"/>
... mehr Motivation für meine Diabetestherapie bekommen	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonstiges <u>meine Arbeitskollegen besser über den Diabetes und</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Unterzuckerungen informieren</u>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

# SO WIRKT MEIN INSULIN



# SO WIRKT MEIN INSULIN



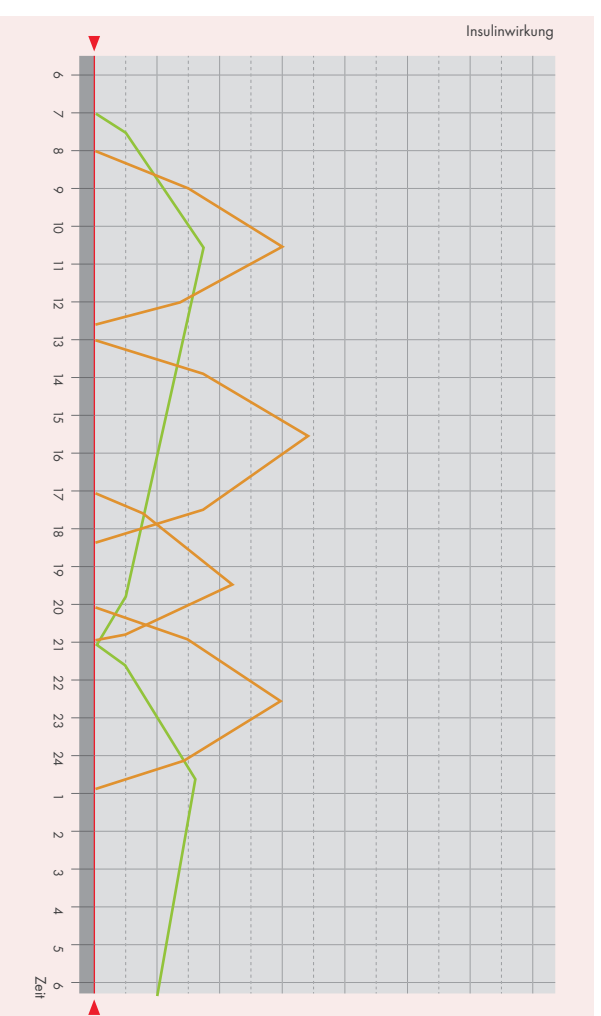
Bitte tragen Sie die Wirkverläufe Ihrer Insuline für einen Tag in das Arbeitsblatt ein. Zum Ausfüllen des Arbeitsblattes sollten Sie Ihr Diabetes-Tagebuch zur Hand nehmen.

Gehen Sie dazu bitte folgendermaßen vor:

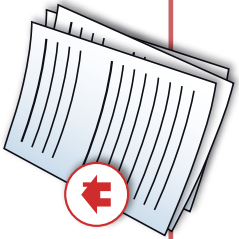
- Übertragen Sie zuerst die Angaben zu Ihrer Insulintherapie aus Ihrem Diabetes-Tagebuch in die Tabelle auf dem Arbeitsblatt (Uhrzeiten, Glukosewerte, Insulindosierungen, KE/BE, Besonderheiten).
- Wählen Sie dann die zu Ihren Insulinen passenden Insulinschablonen. Tragen Sie für jede Insulingabe dieses Tages die Insulinwirkkurven entsprechend der Anleitung im Schablonensatz in das Arbeitsblatt ein.
- Wählen Sie die Markierung auf der Schablone, die der von Ihnen gespritzten Insulindosis entspricht. Ist für eine Insulinmenge, die Sie gespritzt haben, keine eigene Markierung vorgesehen, so schätzen Sie die entsprechende Linie für diese Dosierung anhand der nächstliegenden Markierung ab.
- Legen Sie die Schablonen mit der Linie der von Ihnen verwendeten Insulindosierung auf die rote Linie des Arbeitsblattes so an, dass die Schablone zu dem Zeitpunkt beginnt, zu dem Sie das Insulin gespritzt haben.

■ Zeichnen Sie dann mit einem Stift die Schablone nach. Sie erhalten so die Insulinwirkkurve für die von Ihnen gespritzte Menge Insulin.

■ Die Kurve beginnt somit zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie das Insulin gespritzt haben. Aus dem Verlauf der Kurve können Sie ablesen, zu welchem Zeitpunkt das Insulin besonders stark Glukose senkend wirkt und wann die Wirkung nachlässt. Das Ende der Kurve zeigt Ihnen an, wann das gespritzte Insulin nicht mehr wirkt.



# ÜBERPRÜFUNG MEINER BASALINSULINDOSIS



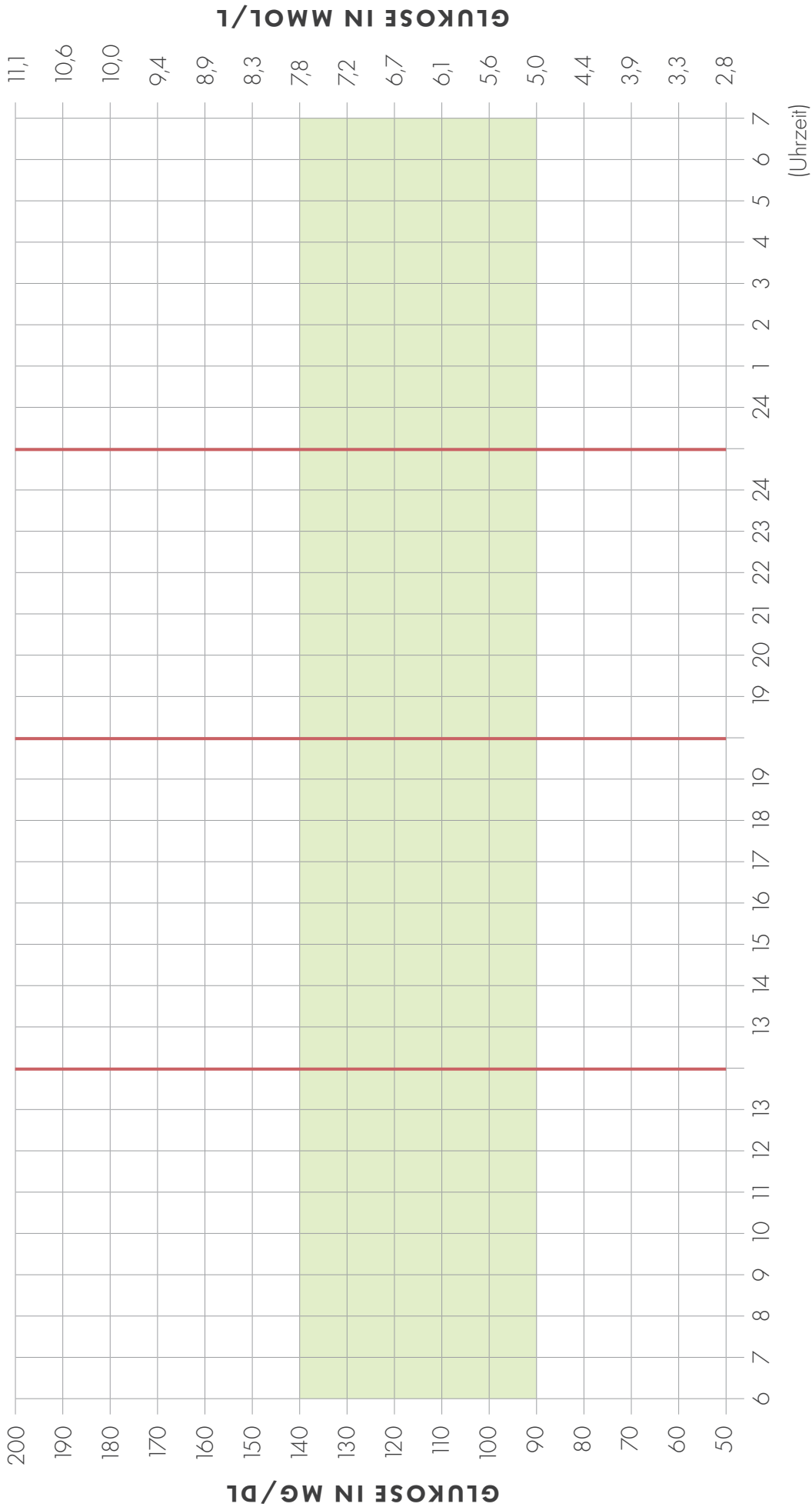
DATUM: \_\_\_\_\_

MORGENS

MITTAGS

ABENDS

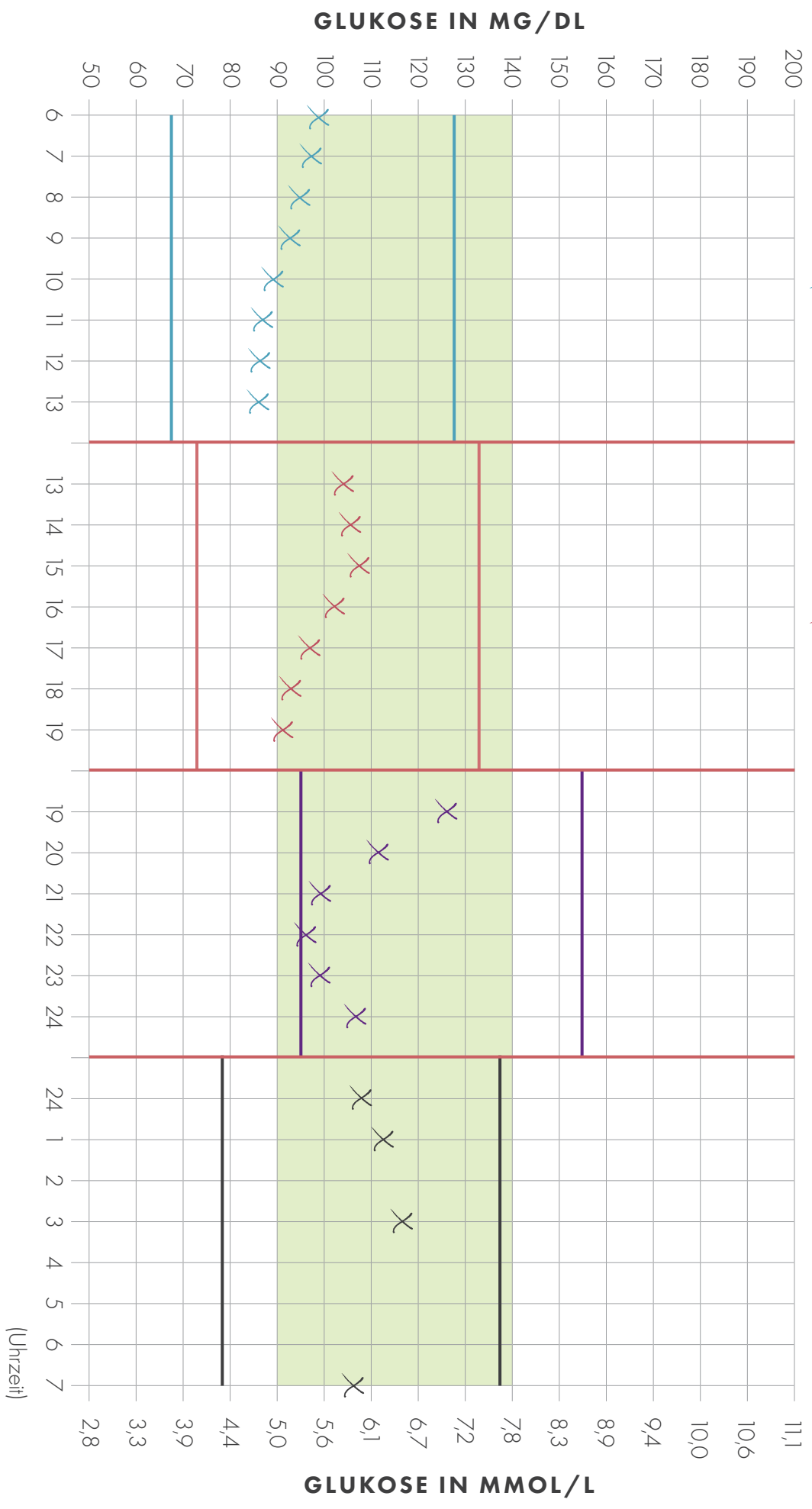
NACHTS



# ÜBERPRÜFUNG MEINER BASALINSULINDOSIS



DATUM: 03.06. MORGENS 04.06. MITTAGS 05.06. ABENDS 05.-06.06. NACHTS



# ÜBERPRÜFUNG MEINER BASALINSULINDOSIS

Anleitung

Die richtige Basalinsulindosis ist die Grundlage einer erfolgreichen Diabetestherapie. Dieses Arbeitsblatt soll Ihnen daher helfen zu überprüfen, ob Ihre Basalinsulindosis richtig eingestellt ist. Dazu bitten wir Sie, einen so genannten „Mahlzeitauslassversuch“ durchzuführen.

## Vor dem Mahlzeitauslassversuch

Achten Sie vor dem Auslassen einer Mahlzeit auf folgende Dinge:

- Keine außergewöhnliche körperliche Aktivität
- Keine Krankheit zu Testbeginn
- Keine Unterzuckerung vor Testbeginn
- Glukose zu Testbeginn zwischen 90 und 140 mg/dl bzw. 5 und 7,8 mmol/l (markierter Bereich im Diagramm)
- Keinen Alkohol vor und während des Auslassversuchs
- Letzte Bolusinsulingabe muss mindestens 4 Stunden zurückliegen.

## So geht's

Lassen Sie jeweils an einem Tag eine Mahlzeit ausfallen, so dass Sie insgesamt einmal alle Mahlzeiten ausgelassen haben. Das heißt: Essen Sie nichts und trinken Sie nur kohlenhydratfreie Getränke (z. B. Wasser) und spritzen Sie sich

dementsprechend kein Bolusinsulin. Auch geringfügig erhöhte Glukosewerte sollten Sie nicht korrigieren (Ausnahme siehe unten).

- Wenn Sie das Frühstück auslassen, dann nehmen Sie bis mindestens 13 Uhr keine KE/BE zu sich.
- Wenn Sie das Mittagessen auslassen, dann nehmen Sie ab dem Frühstück bis mindestens 19 Uhr keine KE/BE zu sich.
- Wenn Sie das Abendessen auslassen, dann nehmen Sie ab dem Mittagessen bis mindestens 24 Uhr keine KE/BE zu sich.

Für die Überprüfung der nächtlichen Basalinsulindosis messen und protokollieren Sie einfach den Glukosewert vor dem Schlafengehen, um 3 Uhr, vor dem Frühstück bzw. vor der morgendlichen Basalinsulingabe (allerdings nicht später als 7 Uhr).

Wichtig ist, dass Sie von Beginn eines Auslassversuchs (z. B. ab 13 Uhr) bis zum Ende des Auslassversuchs (z. B. 19 Uhr) stündlich Ihre Glukose überprüfen und protokollieren, so dass der Verlauf der Glukosewerte während des Auslassversuchs nachvollzogen werden kann.

Alternativ können Sie auch an einem Tag auf alle Mahlzeiten verzichten.

# ÜBERPRÜFUNG MEINER BASALINSULINDOSIS

Anleitung

## Hinweis

Protokollieren Sie Ihre ermittelten Glukosewerte immer zuerst in Ihrem Diabetes-Tagebuch. Übertragen Sie erst dann die Werte auf Ihr Arbeitsblatt.

## Wichtig

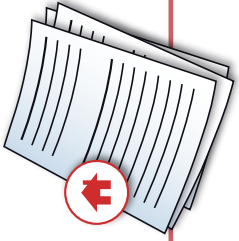
Berechnen Sie den Auslassversuch ab, wenn

- Ein Glukosewert unter 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l auftritt. Behandeln Sie in diesem Fall sofort die Unterzuckerung: Essen Sie 4 Plättchen Traubenzucker oder trinken Sie 0,2 l Fruchtsaft, Limonade oder Cola (keine Light-Getränke).
- Ein Glukosewert über 180 mg/dl bzw. 10 mmol/l auftritt. Korrigieren Sie diesen Wert nach unten, indem Sie sich kurzwirksames Insulin spritzen.

## Ausfüllen des Arbeitsblattes

Übertragen Sie die gemessenen Werte während des jeweiligen Auslassversuchs aus Ihrem Diabetes-Tagebuch in das Arbeitsblatt. Die vier Spalten Morgens – Mittags – Abends – Nachts geben Ihnen dabei die verschiedenen Zeitintervalle vor. Wenn Sie den ersten Glukosewert für einen Auslassversuch eintragen, so zeichnen Sie bitte eine Linie, die 30 mg/dl bzw. 1,5 mmol/l oberhalb dieses Wertes und ebenfalls eine Linie, die 30 mg/dl bzw. 1,5 mmol/l unterhalb dieses Wertes liegt. Diese Linie sollte über die ganze Breite des jeweiligen Zeitintervalls gehen.

# DAS MOTIVIERT MICH ZUR DIABETESBEHANDLUNG



**Bitte schreiben Sie Ihre drei wichtigsten persönlichen Gründe auf, die Sie zur Behandlung Ihres Diabetes motivieren.**

■ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

■ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

■ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# DAS MOTIVIERT MICH ZUR DIABETESBEHANDLUNG

Anleitung  
& Beispiel

Sich tagtäglich um den Diabetes zu kümmern, kann einem schon mal aufs Gemüt schlagen. Es ist ganz normal, dass man einmal Phasen hat, in denen man nicht so motiviert ist, sich um den Diabetes zu kümmern. Wichtig ist es, sich in diesen Phasen zu erinnern, was einen zur Diabetesbehandlung motiviert. Auf diesem Arbeitsblatt können Sie drei Punkte aufschreiben, die Sie motivieren.

- Achten Sie auch hier darauf, möglichst konkret aufzuschreiben, was Sie motiviert.

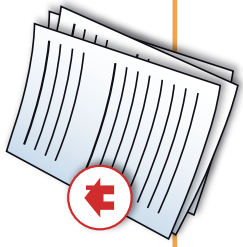
**Bitte schreiben Sie Ihre drei wichtigsten persönlichen Gründe auf, die Sie zur Behandlung Ihres Diabetes motivieren.**

- Ich möchte trotz meines Diabetes leistungsfähig \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ und im Beruf erfolgreich sein \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ich finde es gut, dass ich meinen Diabetes selbst \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ steuern kann und es damit selbst in der Hand habe, Folgeerkrankungen zu vermeiden \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Meine Familie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# SCHÄTZEN SIE RICHTIG? – NAHRUNGSMITTEL



Schätzen Sie die KE-/BE-Menge der verschiedenen Nahrungsmittel.



□ 2 Scheiben Mischbrot (ca. 80 g)

KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



□ ca. 5 Tassen Erdbeeren (ca. 360 g)

KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



□ 3 EL Spaghetti (ca. 60 g)

KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



□ 3 EL Mais (ca. 45 g)

KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



□ ca. 20 Stück Pommes frites  
(ca. 80 g)

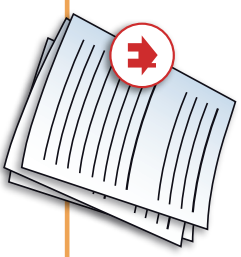
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



□ 6 EL Schoko-Flakes (ca. 45 g)

KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_

# SCHÄTZEN SIE RICHTIG? – NAHRUNGSMITTEL



Schätzen Sie die KE-/BE-Menge der verschiedenen Nahrungsmittel.



□ 1 Becher Fruchtjoghurt (ca. 150 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



□ 30 Stück Salzstangen (ca. 30 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



□ 1 Donut (ca. 40 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



□ 2 EL Nuss-Nougat-Creme (ca. 40 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_

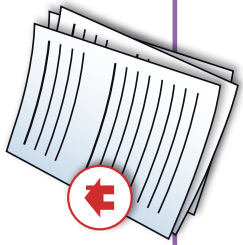


□ 2 Rippen Vollmilchschokolade  
(ca. 40 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_




□ 1 Glas Limo (0,4 l)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_

# SCHÄTZEN SIE RICHTIG? – MAHLZEITEN




Schätzen Sie die KE-/BE-Menge der verschiedenen Mahlzeiten.




■ Pizza dünn (ca. 360 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



■ Cheeseburger  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_

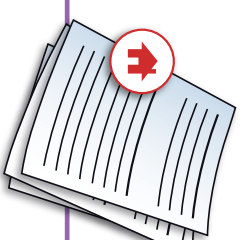


■ Döner  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



■ Wrap  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_

# SCHÄTZEN SIE RICHTIG? – MAHLZEITEN



Schätzen Sie die KE-/BE-Menge der verschiedenen Mahlzeiten.



- Schweinefilet (ca. 120 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Herzoginkart. (ca. 50 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Möhren (ca. 100 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Rahmsauce (ca. 100 ml)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



- Fischstäbchen (ca. 180 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Pommes frites (ca. 120 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Remoulade (ca. 30 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_

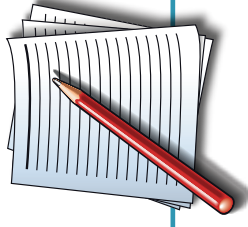


- Kartoffeln (ca. 150 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Spinat (ca. 75 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Béchamelsauce (ca. 120 ml)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Gouda (ca. 20 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_



- Hackbällchen (ca. 130 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Kartoffelpüree (ca. 200 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Rahmsauce (ca. 60 ml)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_
- Preiselbeeren (ca. 45 g)  
KE-/BE-Menge: \_\_\_\_\_

# WIE VIEL BOLUSINSULIN MÜSSTEN SIE SPRITZEN?



**Bitte tragen Sie Ihre KE-/BE-Faktoren bzw. Korrekturregeln in das Arbeitsblatt ein und berechnen Sie Ihre Bolusinsulindosis.**

**Zielwert** \_\_\_\_\_

Samstag	morgens	mittags	abends	spät
KE/BE	4	6	3	1
KE-/BE-Faktor				
Mahlzeiteninsulin = KE-/BE-Faktor x KE/BE				
Glukosewert mg/dl	203	65	115	173
Glukosewert mmol/l	11,3	3,6	6,4	9,6
Korrekturregel				
Korrekturinsulin				
<b>Gesamtinsulinmenge (Insulineinheiten = IE)</b>				







# ÜBERPRÜFUNG MEINER KE-/BE-FAKTOREN

Anleitung

Dieses Arbeitsblatt soll Ihnen helfen festzustellen, ob Ihre KE-/BE-Faktoren richtig eingestellt sind oder ob diese angepasst werden müssen.

## Vorher zu beachten

- Keine außergewöhnliche körperliche Aktivität
- Keine Krankheit zu Testbeginn
- Keine Unterzuckerung vor Testbeginn
- Glukose zu Testbeginn zwischen 90 und 140 mg/dl bzw. 5 und 7,8 mmol/l (markierter Bereich im Diagramm)
- Keinen Alkohol vor, während oder nach dem Essen

## So geht's

- Berechnen Sie die KE-/BE-Menge Ihrer Mahlzeit möglichst genau unter Zuhilfenahme einer Waage und einer KE-/BE-Tabelle und notieren Sie das Ergebnis.
- Spritzen Sie zu Ihrer Mahlzeit (z.B. zum Frühstück) nur das Bolusinsulin (KE-/BE-Menge x KE-/BE-Faktor) und lassen Sie das Korrekturinsulin weg.
- Spritzen Sie das Basalinsulin wie üblich.
- Messen und protokollieren Sie Ihre Glukose 2 und 4 Stunden nach der eingenommenen Mahlzeit bzw. vor der nächsten Mahlzeit.

## Hinweis

Protokollieren Sie Ihre ermittelten Glukosewerte immer zuerst in Ihrem Diabetes-Tagebuch. Übertragen Sie erst dann die Werte auf Ihr Arbeitsblatt.

## Wichtig

Brechen Sie die Überprüfung sofort ab, wenn:

- Ein Glukosewert unter 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l auftritt. Behandeln Sie in diesem Fall sofort die Unterzuckerung: Essen Sie 4 Plättchen Traubenzucker oder trinken Sie 0,2 l Fruchtsaft, Limonade oder Cola (keine Light-Getränke).
- 4 Stunden nach Einnahme der Mahlzeit ein Glukosewert über 180 mg/dl bzw. 10 mmol/l auftritt. Korrigieren Sie diesen Wert nach unten, indem Sie sich kurzwirksames Insulin spritzen.

## Ausfüllen des Arbeitsblattes

Vervollständigen Sie die Tabelle auf dem Arbeitsblatt und tragen Sie Ihre ermittelten Glukosewerte in das Diagramm ein. Sie können die Überprüfung der KE-/BE-Faktoren auch an mehreren Tagen durchführen. Kennzeichnen Sie in diesem Fall bitte die verschiedenen Tage im Diagramm. Verwenden Sie bitte für das Eintragen der Glukosewerte in das Diagramm für jeden Tag eine andere Farbe oder machen Sie die verschiedenen Tage auf andere Art und Weise deutlich.





# ÜBERPRÜFUNG MEINER KORREKTURREGELN

Beispiel

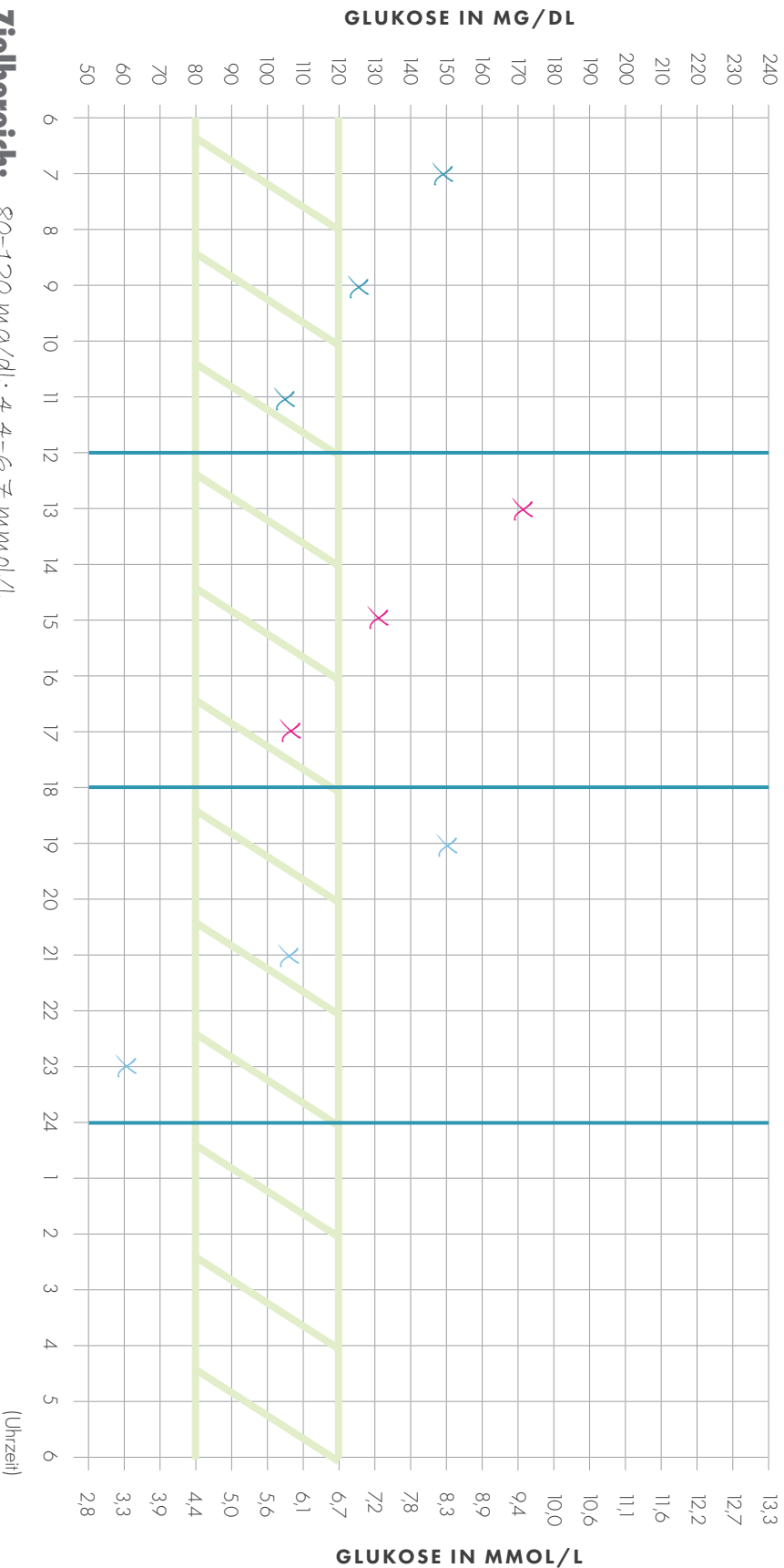
DATUM: 29.06. 30.06. 30.06.

MORGENS

MITTAGS

ABENDS

NACHTS



Zielbereich: 80-120 mg/dl; 4,4-6,7 mmol/l

Uhrzeit	7:00	13:00	19:00						
Korrekturregel	20/1	20/1	20/1						
Bolus-IE	2	3	2						

# ÜBERPRÜFUNG MEINER KORREKTURREGELN

Anleitung

Mit Hilfe dieses Arbeitsblattes können Ihre Korrekturregeln überprüft werden.

## Vorher zu beachten

- Keine außergewöhnliche körperliche Aktivität
- Keine Krankheit zu Testbeginn
- Keine Unterzuckerung vor Testbeginn
- Keinen Alkohol vor Testbeginn

## So geht's

- Spritzen Sie das Basalinsulin wie üblich.
- Spritzen Sie bei einem erhöhten Glukosewert nur das Korrekturinsulin.
- Nehmen Sie keine KE/BE zu sich.
- Messen und protokollieren Sie nach 2 und nach 4 Stunden Ihre Glukose.

## Hinweis

Protokollieren Sie Ihre ermittelten Glukosewerte immer zuerst in Ihrem Diabetes-Tagebuch. Übertragen Sie erst dann die Werte auf Ihr Arbeitsblatt.

## Wichtig

Brechen Sie die Überprüfung sofort ab, wenn:

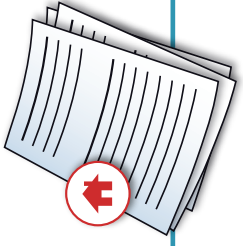
- Ein Glukosewert unter 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l auftritt. Behandeln Sie in diesem Fall sofort die Unterzuckerung: Essen Sie 4 Plättchen Traubenzucker oder trinken Sie 0,2 l Fruchtsaft, Limonade oder Cola (keine Light-Getränke).

## Ausfüllen des Arbeitsblattes

Zuerst tragen Sie bitte Ihren Zielbereich auf dem Arbeitsblatt ein, danach markieren Sie diesen Zielbereich im Diagramm. Vervollständigen Sie nun die Tabelle auf dem Arbeitsblatt und tragen Sie Ihre ermittelten Glukosewerte in das Diagramm ein. Sie können die Überprüfung Ihrer Korrekturregeln auch an mehreren Tagen durchführen. Kennzeichnen Sie in diesem Fall bitte die verschiedenen Tage im Diagramm. Verwenden Sie bitte für das Eintragen der Glukosewerte in das Diagramm für jeden Tag eine andere Farbe oder machen Sie die verschiedenen Tage auf andere Art und Weise deutlich.



# SCHÄTZEN SIE RICHTIG? SPRITZEN SIE RICHTIG?



**Schätzen Sie die KE-/BE-Menge für die dargestellten Nahrungsmittel und entscheiden Sie anhand Ihres persönlichen KE-/BE-Faktors und Ihrer Korrekturregel, wie viel Insulin Sie spritzen würden.**

## Zum Frühstück

Glukose 156 mg/dl (8,7 mmol/l):

Wie viel kurzwirksames Insulin spritzen Sie?

- 1 Croissant: \_\_\_\_\_ KE/BE: \_\_\_\_\_  
 1 EL Marmelade: \_\_\_\_\_ Korrekturregel: \_\_\_\_\_  
 1 TL Butter: \_\_\_\_\_ KE-/BE-Faktor: \_\_\_\_\_  
 1 Tasse schwarzen Kaffee: \_\_\_\_\_ IE: \_\_\_\_\_



## Abends auf einer Geburtstagsfeier

Glukose 83 mg/dl (4,6 mmol/l):

Wie viel kurzwirksames Insulin spritzen Sie?

- Chips (100 g): \_\_\_\_\_ KE/BE: \_\_\_\_\_  
 Salzstangen (30 g): \_\_\_\_\_ Korrekturregel: \_\_\_\_\_  
 12 Gummibärchen: \_\_\_\_\_ KE-/BE-Faktor: \_\_\_\_\_  
 IE: \_\_\_\_\_



## Obstsalat am Nachmittag

Glukose 76 mg/dl (4,2 mmol/l):

Wie viel kurzwirksames Insulin spritzen Sie?

- 1/2 Banane: \_\_\_\_\_ KE/BE: \_\_\_\_\_  
 1 Birne: \_\_\_\_\_ Korrekturregel: \_\_\_\_\_  
 1/2 Papaya: \_\_\_\_\_ KE-/BE-Faktor: \_\_\_\_\_  
 1 Apfel: \_\_\_\_\_ IE: \_\_\_\_\_  
 2 Kiwis: \_\_\_\_\_

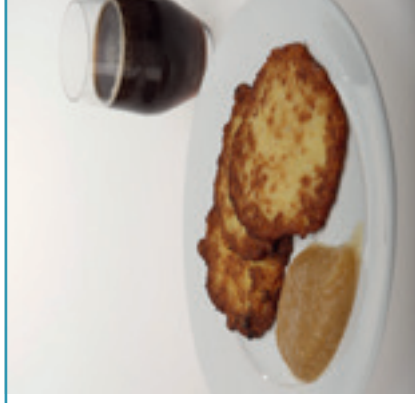


## Mittagessen

Glukose 209 mg/dl (11,7 mmol/l):

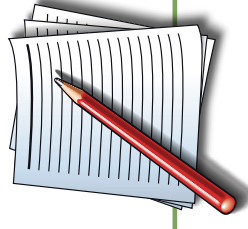
Wie viel kurzwirksames Insulin spritzen Sie?

- 3 Kartoffelpuffer: \_\_\_\_\_ KE/BE: \_\_\_\_\_  
 2 EL Apfelmus (ungezuckert): \_\_\_\_\_ Korrekturregel: \_\_\_\_\_  
 0,33 l Cola light: \_\_\_\_\_ KE-/BE-Faktor: \_\_\_\_\_  
 IE: \_\_\_\_\_





# GEPLANTE KÖRPERLICHE BEWEGUNG



**Übertragen Sie die Werte in die Tabelle und zeichnen Sie die dazu passenden Insulinkurven.**

Stellen Sie sich vor ...

## **Rasenmähen**

- Am Samstagnachmittag möchten Sie um 15 Uhr Rasen mähen.
- Erfahrungsgemäß dauert das 1,5 Stunden.
- Um 13 Uhr essen Sie zu Mittag (7 KE/BE).
- Ihre Glukose vor dem Essen beträgt 110 mg/dl (6,1 mmol/l).

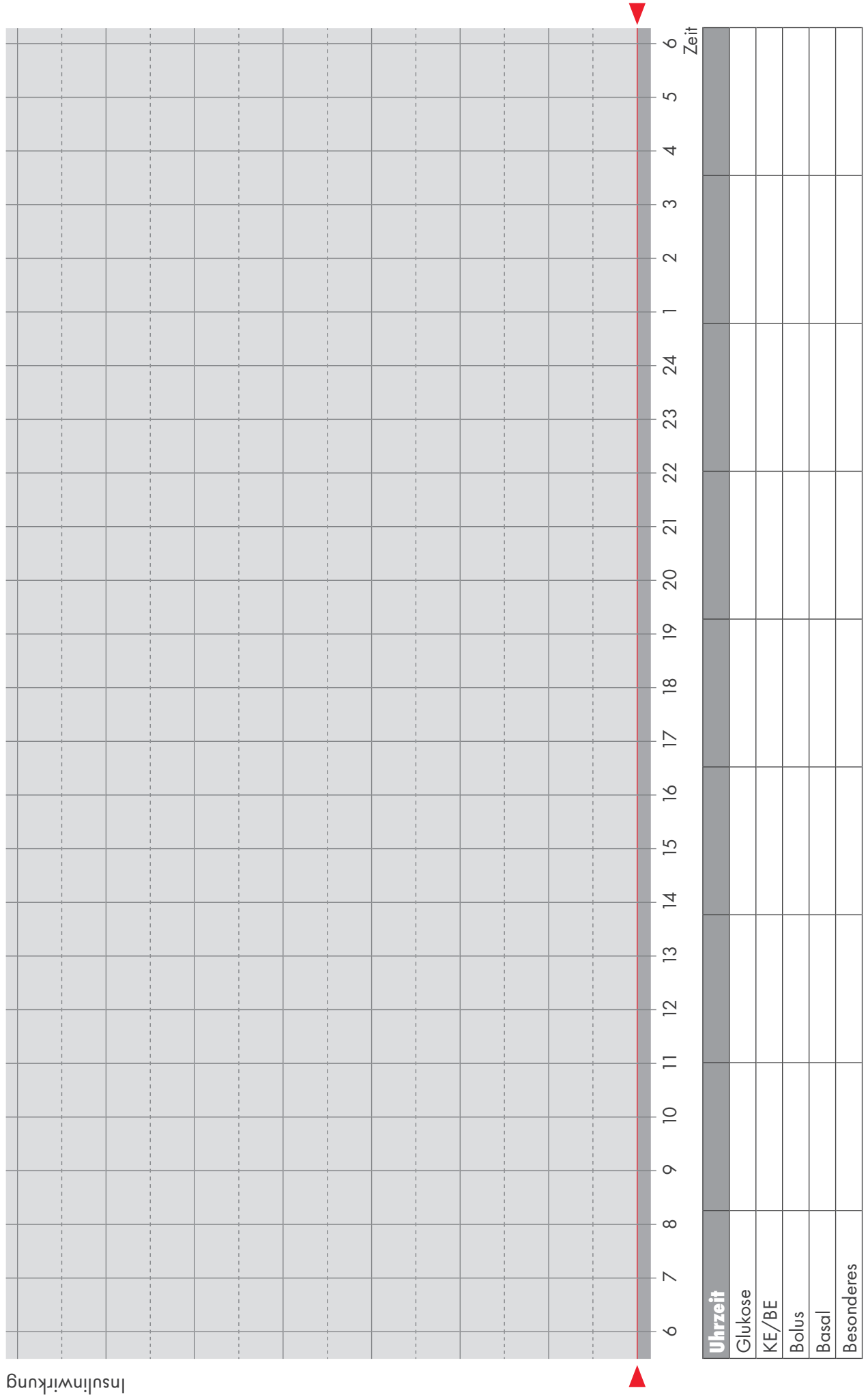
## **Wanderung**

- Am Sonntag unternehmen Sie von 9 bis 17 Uhr mit Freunden eine Wanderung.
- Frühstück (7:30 Uhr): 3 KE/BE – Glukose: 116 mg/dl (6,4 mmol/l)
- Mittagessen (13 Uhr): 7 KE/BE – Glukose: 88 mg/dl (4,9 mmol/l)
- Nachmittags (15 Uhr): 4 KE/BE – Glukose: 164 mg/dl (9,1 mmol/l)

**Entscheiden Sie mit Hilfe der Insulinschablone, wie viel Insulin Sie zum Essen spritzen würden.**

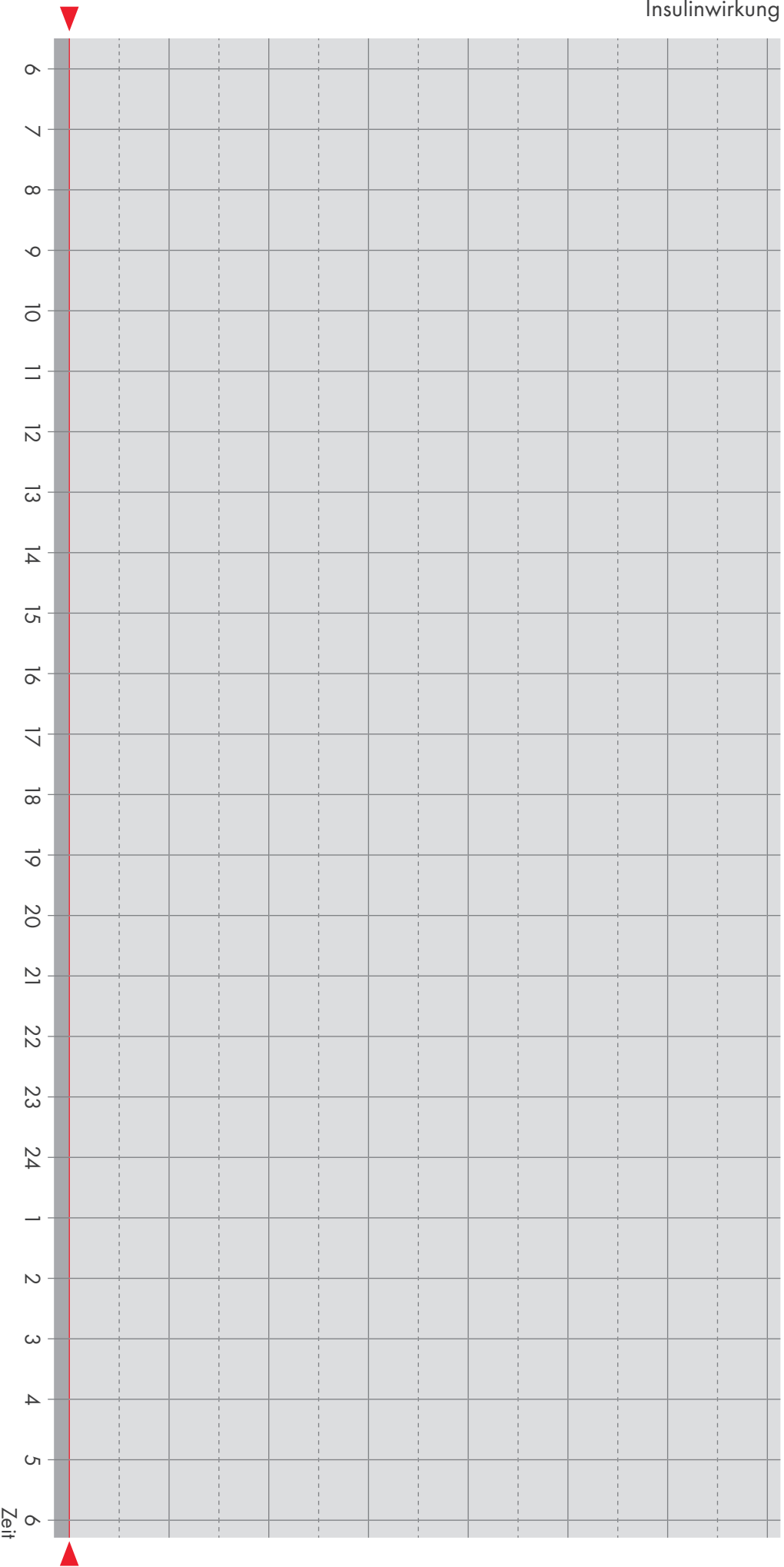


# Rasenmähen



# Wanderung

Insulinwirkung



Uhrzeit	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Glukose	

KE/BE	

Bolus	

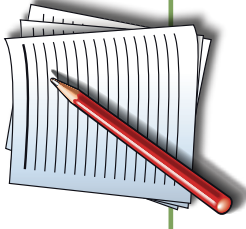
  

Basal	

Besonderes	

# SPONTANE KÖRPERLICHE BEWEGUNG



**Vervollständigen Sie die Tabelle und zeichnen Sie anhand der Angaben im Text die Wirkkurven der gespritzten Bolusinsulindosen.**

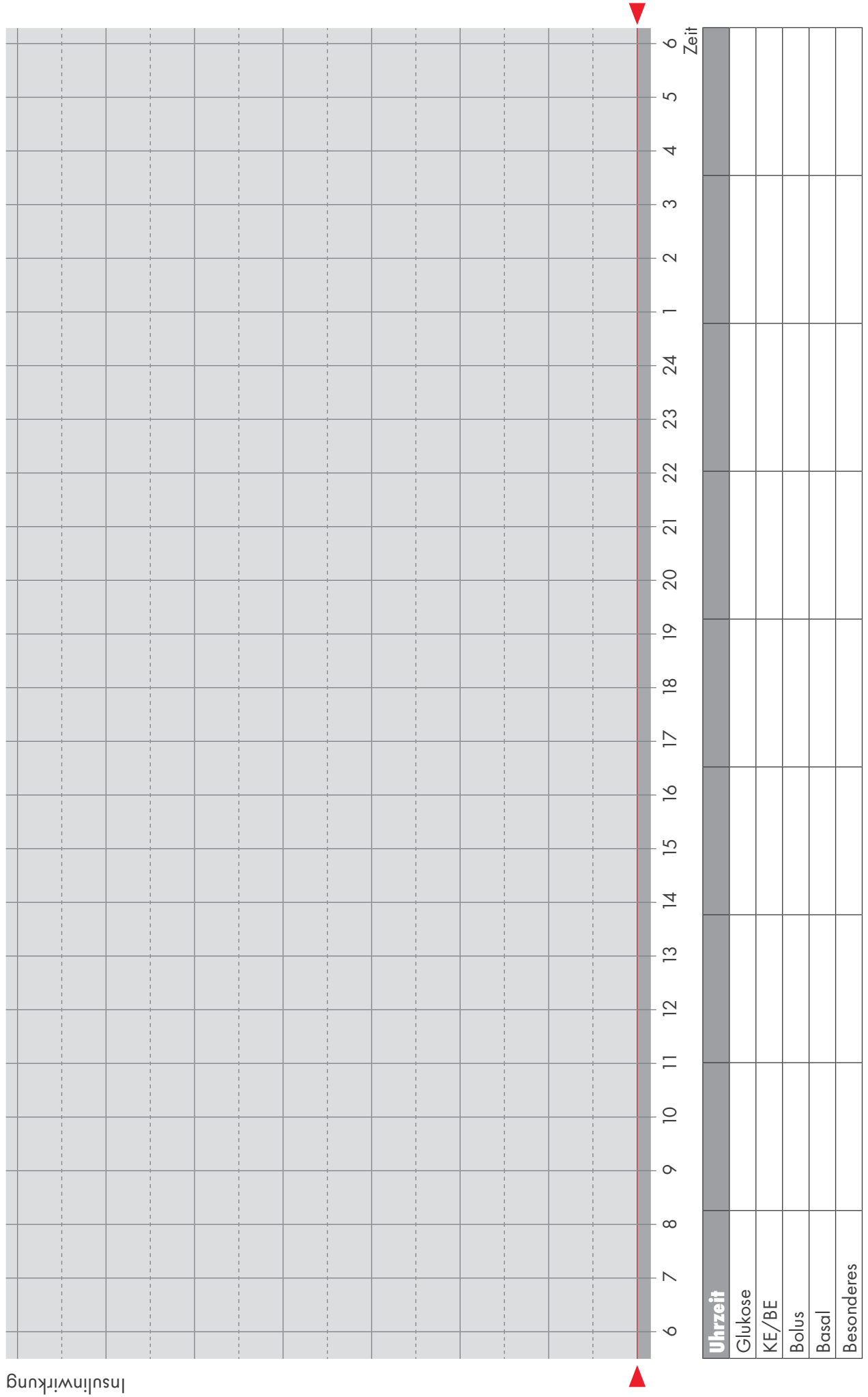
Stellen Sie sich vor ...

- Sie entscheiden sich spontan, noch eine Runde (ca. 45 Min.) Fahrrad zu fahren.
- Am Mittag (12 Uhr) und am Abend (18 Uhr) haben Sie je 5 KE/BE gegessen und diese ganz normal berechnet und gespritzt.
- Bevor Sie losfahren, messen Sie um 19 Uhr einen Glukosewert von 113 mg/dl (6,3 mmol/l).

**Was würden Sie tun, um Ihre Glukose auf die körperliche Bewegung günstig einzustellen?**



# Spontan Fahrrad fahren

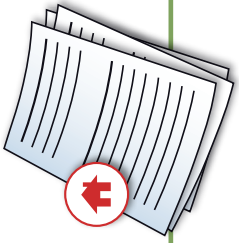


Insulinwirkung

Zeit



# MEINE UNTERZUCKERUNGSANZEICHEN



Welche der folgenden Anzeichen traten bei Ihnen in den letzten 8 Wochen während einer Unterzuckerung auf?

Anzeichen	Anzeichen																				
Schwitzen	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Zittern	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Herzklopfen	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Hitzegefühl	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Schwindel	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Kribbeln um den Mund	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Sehstörungen	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Hunger	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Müdigkeit	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Verlangsamung	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Konzentrationsprobleme	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
Denkschwierigkeiten	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	immer
<b>Sonstige Anzeichen</b>																					
_____																					
_____																					
_____																					

# MEINE UNTERZUCKERUNGSANZEICHEN

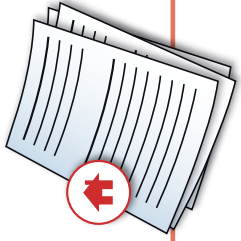


Unterzuckerungen sollten rechtzeitig erkannt und behandelt werden, daher ist es wichtig, Anzeichen einer Unterzuckerung sicher zu erkennen. Dieses Arbeitsblatt enthält eine Auswahl häufiger Unterzuckerungsanzeichen. Um festzustellen, welche Symptome für Sie hilfreich sein können, um einen niedrigen Blutzucker zu erkennen, gehen Sie folgendermaßen vor:

- Überlegen Sie sich zunächst für jedes der aufgeführten Unterzuckerungsanzeichen, ob es bei Ihnen in den letzten 8 Wochen während einer Unterzuckerung aufgetreten ist.
- Kreuzen Sie dann bitte für jedes der genannten Symptome an, wie häufig es bei Ihnen auftritt, wenn Sie eine Unterzuckerung haben.
- Sie haben zudem die Möglichkeit, Anzeichen, die bei Ihnen auftreten, aber nicht in der Aufzählung genannt sind, in den Freizeilen einzutragen.

Anzeichen					Anzeichen									
Schwitzen	<input type="checkbox"/> nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprach-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/> nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benommenheit	<input type="checkbox"/> nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzgefühl	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Karfllosigkeit	<input type="checkbox"/> nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unsicherer Gang	<input type="checkbox"/> nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln um den Mund	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Unkoordinierte Bewegungen	<input type="checkbox"/> nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbststörungen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gelobene Stimmung	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hunger	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gleichgültigkeit	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niedrige-schlagendheit	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlangsamung	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Angst	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aggressivität	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Anzeichen</b>														
Nervosität					<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flaves Gefühl im Magen					<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# FOLGEERKRANKUNGEN UND DIABETES – WIE IST IHRE EINSTELLUNG?



Wie wichtig ist es Ihnen, erhöhte Glukosewerte zu vermeiden?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Überhaupt nicht wichtig Sehr wichtig

Glauben Sie, dass Sie durch gute Glukosewerte die Entwicklung von Folgeerkrankungen verhindern können?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Überhaupt nicht Auf jeden Fall

Machen Sie sich Sorgen wegen möglicher Folgeerkrankungen des Diabetes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nie Sehr oft

„Folgeerkrankungen und Diabetes“: Haben Sie besondere Fragen oder ein Anliegen in Bezug auf das Thema Folgeerkrankungen?

---

---

---

---

---

---



# FOLGEERKRANKUNGEN UND DIABETES – WIE IST IHRE EINSTELLUNG?

Wenn über Diabetes geredet wird, kommt häufig auch das Thema Folgeerkrankungen auf. Dieses Arbeitsblatt enthält Fragen zu Ihrer Einstellung bzw. Ihrem Umgang mit Folgeerkrankungen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, es interessiert nur Ihre persönliche Einstellung bzw. Meinung. Kreuzen Sie dazu einfach die Zahl an, die am ehesten Ihre Einstellung widerspiegelt. Dabei sind die jeweiligen Endpunkte der Skala mit gegensätzlichen Aussagen (z. B. nie – sehr oft) verankert.

Zudem bekommen Sie auf diesem Arbeitsblatt die Gelegenheit, konkrete Fragen und Anliegen zum Thema Folgeerkrankungen zu äußern, von denen Sie wünschen, dass diese in der Kurseinheit besprochen werden.

Wie wichtig ist es Ihnen, erhöhte Glukosewerte zu vermeiden?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Überhaupt nicht wichtig

Sehr wichtig

Glauben Sie, dass Sie durch gute Glukosewerte die Entwicklung von Folgeerkrankungen verhindern können?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Überhaupt nicht

Auf jeden Fall

Machen Sie sich Sorgen wegen möglicher Folgeerkrankungen des Diabetes?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nie

Sehr oft

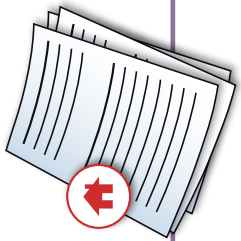
„Folgeerkrankungen und Diabetes“:  
Haben Sie besondere Fragen oder ein Anliegen in Bezug auf das Thema Folgeerkrankungen?

Warum sind meine Augen durch

den Diabetes gefährdet?

\_\_\_\_\_

# WAS NERVT SIE AM MEISTEN?



**Nennen Sie drei Dinge, die Sie am meisten an der Diabetestherapie nerven bzw. demotivieren.**

Three horizontal lines for writing the first item.

Three horizontal lines for writing the second item.

Three horizontal lines for writing the third item.

# WAS NERVt SIE AM MEISTEN?



Die Selbstbehandlung des Diabetes erfordert ständige Kontrolle und Eingreifen des Betroffenen. Dies führt unweigerlich dazu, dass gewisse Dinge an der Diabetestherapie anfangen zu nerven. Das können Kleinigkeiten sein oder auch größere Angelegenheiten.

Das vorliegende Arbeitsblatt soll Ihnen die Möglichkeit bieten, sich einmal Luft zu machen und das niederschreiben, was Sie so richtig an Ihrer Diabetestherapie nervt.

**Nennen Sie drei Dinge, die Sie am meisten an der Diabetestherapie nerven bzw. demotivieren.**

1. Ich habe sehr häufig Unterzuckerungen. Oft auch in sehr unpassenden Situationen.

2. Ich würde so gerne einfach mal spontan z. B. ein Stück Kuchen essen – aber wenn ich daran denke, dass ich dafür eigentlich zusätzlich Insulin spritzen sollte, vergeht mir oft die Lust.

3. Viele Menschen haben wenig Wissen über den Diabetes, glauben aber, mich bedauern oder bevorzugen zu müssen – das nervt!



# WORAN ANGEHÖRIGE/ FREUNDE EINE UNTERZUCKERUNG ERKENNEN

Dieses Arbeitsblatt ist für die Bearbeitung durch Angehörige/ Partner oder durch andere Menschen, die von einer Unterzuckerung betroffen sein können (z. B. Arbeitskollegen oder Freunde/Bekannte), gedacht. Es soll erfasst werden, wie Außenstehende erkennen, dass Sie eine Unterzuckerung haben.

■ Geben Sie dieses Arbeitsblatt Ihrer Partnerin bzw. Ihrem Partner oder einer anderen Person, die Sie schon einmal in einer Unterzuckerung erlebt hat, z. B. einem Freund oder Arbeitskollegen.

■ Bitten Sie sie oder ihn zu beschreiben, an was sie bzw. er bemerkt, dass Sie eine Unterzuckerung haben. Diese Anzeichen müssen nicht notwendigerweise auch in der Checkliste von Arbeitsblatt 17 enthalten sein. Vielleicht erkennen Außenstehende bei Ihnen eine Unterzuckerung ja auch an ganz bestimmten Veränderungen in Ihrem Verhalten.

## Bearbeitungshinweis für die Angehörigen

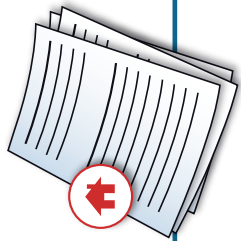
Sie haben von Ihrem Angehörigen oder von einer/einem Bekannten dieses Arbeitsblatt bekommen.

Bitte tragen Sie zunächst in der Textzeile „Am besten merke ich, dass \_\_\_\_\_ eine Unterzuckerung hat, wenn ...“ ein, für wen Sie das Blatt ausfüllen (z. B. mein Mann, meine Frau oder den Namen der Person). Überlegen Sie sich bitte einmal, an welchen Anzeichen Sie erkennen, dass der Betroffene eine Unterzuckerung hat. Bitte versuchen Sie, die Anzeichen genau zu beschreiben.

**Am besten merke ich, dass** meine Partnerin  
**eine Unterzuckerung hat, wenn ...**

*sie von einem Moment auf den anderen ganz blass wird, ihr Blick ganz seltsam und ihre Augen glasig werden. Wenn ich sie in diesem Zustand anspreche, reagiert sie zumeist sehr abweisend.*

# WORAN ANGEHÖRIGE/FREUNDE EINE UNTERZUCKERUNG ERKENNEN



<b>Anzeichen</b>			
Zittern	<input type="checkbox"/>	Sprachschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>
Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Verlangsamung	<input type="checkbox"/>
Blasse Gesichtsfarbe	<input type="checkbox"/>	Unruhe, Ungeduld	<input type="checkbox"/>
Starrer Blick	<input type="checkbox"/>	Nervosität	<input type="checkbox"/>
Gläserige Augen	<input type="checkbox"/>	Gleichgültigkeit	<input type="checkbox"/>
Hektische Blickbewegungen	<input type="checkbox"/>	Schläfrigkeit	<input type="checkbox"/>
Veränderte Atmung	<input type="checkbox"/>	Gehobene Stimmung	<input type="checkbox"/>
Unsicherer Gang	<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>
Unkoordinierte Bewegungen	<input type="checkbox"/>	Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>
Veränderte Stimmfarbe	<input type="checkbox"/>	Aggressivität	<input type="checkbox"/>
Ist plötzlich nicht ansprechbar	<input type="checkbox"/>	Verhält sich sprunghaft	<input type="checkbox"/>

# WORAN ANGEHÖRIGE/ FREUNDE EINE UNTERZUCKERUNG ERKENNEN



Dieses Arbeitsblatt ist für die Bearbeitung durch Angehörige/ Partner oder durch andere Menschen, die eine Unterzuckerung miterleben können (z. B. Arbeitskollegen oder Freunde/ Bekannte), gedacht.

- Geben Sie auch dieses Arbeitsblatt Ihrer Partnerin bzw. Ihrem Partner oder einer anderen Person, die Sie schon einmal in einer Unterzuckerung erlebt hat, z. B. einem Freund oder Arbeitskollegen.
- Bitten Sie sie oder ihn zu beschreiben, an was sie bzw. er bemerkt, dass Sie eine Unterzuckerung haben.

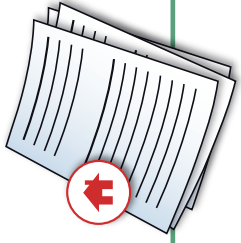
## Bearbeitungshinweis für Angehörige

Sie haben von Ihrem Angehörigen oder von einer/ einem Bekannten dieses Arbeitsblatt bekommen.

Bitte beurteilen Sie für jedes Anzeichen, ob Sie dieses schon einmal an dem Betroffenen während einer Unterzuckerung bemerkt haben. **Markieren** Sie die Anzeichen, an denen Sie bei dem Betroffenen eine Unterzuckerung erkennen können. Wenn es bestimmte Anzeichen gibt, an denen Sie bei dem Betroffenen eine Unterzuckerung erkennen, die nicht genannt sind, so können Sie diese in den Freizeilen des anderen Arbeitsblattes eintragen.

Anzeichen		
Zittern	<input type="checkbox"/>	Sprachschwierigkeiten <input type="checkbox"/>
Schwitzen	<input type="checkbox"/>	Verlangsamung <input checked="" type="checkbox"/>
Blasse Gesichtsfarbe	<input type="checkbox"/>	Unruhe, Ungeduld <input type="checkbox"/>
Starrer Blick	<input checked="" type="checkbox"/>	Nervosität <input type="checkbox"/>
Glasige Augen	<input type="checkbox"/>	Gleichgültigkeit <input checked="" type="checkbox"/>
Hektische Blickbewegungen	<input checked="" type="checkbox"/>	Schläfrigkeit <input checked="" type="checkbox"/>
Veränderte Atmung	<input type="checkbox"/>	Gehobene Stimmung <input type="checkbox"/>
Unsicherer Gang	<input checked="" type="checkbox"/>	Reizbarkeit <input type="checkbox"/>
Unkoordinierte Bewegungen	<input type="checkbox"/>	Niedergeschlagenheit <input type="checkbox"/>
Veränderte Stimmlage	<input checked="" type="checkbox"/>	Aggressivität <input type="checkbox"/>
Ist plötzlich nicht ansprechbar	<input checked="" type="checkbox"/>	Verhält sich sprunghaft <input checked="" type="checkbox"/>

# WAS NEHMEN SIE SICH FÜR DIE ZEIT NACH DEM KURS VOR?



**Meine Vorsätze und Ziele mit Diabetes für die nächsten 6 Monate:**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# WAS NEHMEN SIE SICH FÜR DIE ZEIT NACH DEM KURS VOR?

Machen Sie sich nun bitte am Ende des PRIMAS-Schulungskurses nochmals Gedanken über Ihre Ziele, die Sie in den nächsten 6 Monaten nach dem Kurs verwirklichen wollen.

## Wichtig ist dabei

- Formulieren Sie Ihre Ziele möglichst konkret.
- Versuchen Sie nach Möglichkeit, Ihre Ziele positiv zu formulieren.
- Setzen Sie sich realistische und erreichbare Ziele.
- Nehmen Sie sich nicht zu viele Ziele auf einmal vor
  - Sie müssen nicht unbedingt 6 Ziele und Vorsätze aufschreiben.

1. Ganz wichtig: die Übungen zur Verbesserung meiner Hypoglykämiewahrnehmung weiter verfolgen – die bringen mir wirklich mehr Sicherheit beim Erkennen von Unterzuckerungen

2. Im Kurs habe ich festgestellt, dass ich mich doch recht häufig mit den KE/BE ver-schätze – daher will ich in nächster Zeit immer wieder zu Hause meine Waage benutzen

3. Die Überprüfung meiner Basalrate werde ich in Zukunft öfter vornehmen (mindestens zweimal im Jahr)

4. Ich möchte in Zukunft häufiger (alle 1-4 Tage) meine Glukoseprofile begutachten – dadurch kann ich viel sicherer Therapieentscheidungen treffen

5. Beim Sport nicht mehr vergessen, Notfall-KE/-BE dabei zu haben!

6. Beim nächsten Arztbesuch möchte ich die fehlenden Angaben in meinem Gesundheits-Pass Diabetes nachtragen







Dieses Arbeitsheft ist Bestandteil des „PRIMAS Patientensets“ (ISBN 978-3-87409-769-7)

### **Impressum**

Alle Rechte vorbehalten  
© MedTriX GmbH  
www.medtrix.group

MedTriX GmbH  
Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden  
Tel. 0611 9746-0, E-Mail: de-info@medtrix.group  
de-shop@medtrix.group  
www.mtx-shop.de

2026 (unveränderter Nachdruck der 3. Auflage, 2020)

FIDAM GmbH Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim

Kulzer, B., Hermanns, N., Ehrmann, D., Bergis-Jurgan, N., Haak, T.  
Fachliche Unterstützung: Albrecht, C.

„Selbstbestimmt leben mit Insulin“ ist Bestandteil des Schulungs- und Behandlungsprogrammes PRIMAS für Menschen mit Typ-1-Diabetes. PRIMAS wurde vom Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM GmbH) mit freundlicher Unterstützung der Berlin-Chemie AG entwickelt und getestet.

### **Design**

Unterweger Healthcare Communication GmbH, Hamburg

„Selbstbestimmt leben mit Insulin“ ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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.

Mit freundlicher Unterstützung von



**FIDAM**  
FORSCHUNGSINSTITUT DIABETES

**MedTriX** Group  
we care for media solutions

**PRIMAS**