

Blutzuckertest

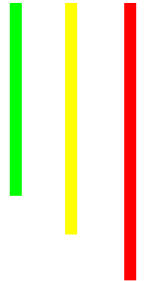


Liebe Patientin, lieber Patient,

Bei Ihnen, Frau / Herr _____,

wurde am _____ (Datum), um _____ (Uhrzeit) in meiner Apotheke

- nüchtern
- 1 Stunde nach der letzten Mahlzeit
- 2 Stunden nach der letzten Mahlzeit
- 3 Stunden nach der letzten Mahlzeit
- mehr als 3 Stunden nach der letzten Mahlzeit



der Blutzucker gemessen.

Der gemessene Wert beträgt _____ mg/dl bzw. _____ mmol/l (Kapillarblut).

(Gerätetyp: _____)

Sie sollten darüber:	Nüchtern	Nach der Mahlzeit
<input type="checkbox"/> umgehend	über 100 mg/dl (über 5,6 mmol/l)	über 160 mg/dl (über 8,9 mmol/l)
<input type="checkbox"/> in absehbarer Zeit*	95 - 100 mg/dl (5,3 - 5,6 mmol/l)	140 - 160 mg/dl (7,8 - 8,9 mmol/l)
<input type="checkbox"/> bei Ihrem nächsten Besuch	unter 95 mg/dl (unter 5,3 mmol/l)	unter 140 mg/dl (unter 7,8 mmol/l)

Ihren Arzt informieren. Dieser wird dann gegebenenfalls diagnostische und therapeutische Maßnahmen mit Ihnen besprechen und einleiten.

- * Sie sollten innerhalb eines Monats diesen Test wiederholen oder regelmäßig Ihren Harnzucker testen und auf jeden Fall den ärztlichen Gesundheitscheck alle 2 Jahre in Anspruch nehmen.

Legen Sie bitte diesen Informationsbogen beim nächsten Besuch Ihrem Arzt vor.

Ihr Ansprechpartner in der Apotheke

Apothekenstempel / Unterschrift

Gegebenenfalls weitere, heute in der Apotheke ermittelte Werte:

Blutdruck: syst. _____ dist. _____

Blutfette: Cholesterin gesamt _____ HDL _____

LDL _____ Triglyceride _____

Gewicht: _____ kg **Größe:** _____ cm **BMI:** _____ kg/m²

Risikofaktoren (✓): Rauchen Diabetes zu hohe Blutfettwerte

KHK Kardiovaskuläre Erkrankungen in der Familie