

HYPOGLYKÄMIE (HYPO, UNTERZUCKERUNG)

Name (Nachname, Vorname, Titel)

Wohnanschrift (PLZ, Stadt, Straße, Hausnummer)

Typ 1

Typ 2

anderer Typ

Körpergewicht (in kg)

Körpergröße (in cm)

Diabetestyp (bitte ankreuzen /eintragen)

Diabetes seit: _____

BG-Selbstkontrollen ja nein

aktuelle Diabetes Therapie

nur Diät Tabletten Tabletten und Insulin GLP-1 Analogon reine Insulintherapie



Hypos, die erst durch Fremdhilfe behoben werden, stellen eine akute Lebensgefahr für den Betroffenen dar oder führen zur Gefährdung anderer Personen.

Hypos zu vermeiden benötigt Wissen um die Zusammenhänge der Entstehung und in jedem Fall eine Neueinstellung des Stoffwechsels.

Warnhinweise und/oder Befinden bei einer Unterzuckerung (Hypo; Hypoglykämie)

Symptom /Befinden	verspüre ich	persönliche Notizen
Herzklopfen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Heißhunger	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Zittern, Unruhegefühl	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Schweißausbruch	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Alpträume	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Plötzliches aversives oder aggressives Verhalten (Wesensveränderung, die Andere mir nachsagen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Sehstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Taubheitsgefühl (z.B. um Mund, in den Muskeln)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Plötzliche Unkonzentriertheit, Denkschwierigkeiten, Handlungsunfähigkeit	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Keine Symptome, plötzliche Benommenheit oder Bewusstlosigkeit	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Gemessener Blutglukose unter 70 mg/dl (3,8 mmol/l), aber keine Befindlichkeitsänderungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Notfalleinsatz (Feuerwehr, Krankenhaus) in den letzten 3 Monaten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Essen Sie vorsorglich Kohlenhydrate, um einer Hypo vorzubeugen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Ort/ Datum

Unterschrift