

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Woran erkenne ich und/ oder meine Angehörigen eine Hypoglykämie:

Anzeichen / Symptome einer Unterzuckerung	
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Sprachstörung
<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> Verlangsamung
<input type="checkbox"/> blasse Gesichtsfarbe	<input type="checkbox"/> Unruhe, Ungeduld
<input type="checkbox"/> Heißhunger	<input type="checkbox"/> Nervosität
<input type="checkbox"/> hektische Blickbewegungen	<input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit
<input type="checkbox"/> veränderte Atmung	<input type="checkbox"/> Schläfrigkeit
<input type="checkbox"/> unsicherer Gang	<input type="checkbox"/> gehobene Stimmung
<input type="checkbox"/> unkoordinierte Bewegungen	<input type="checkbox"/> Reizbarkeit
<input type="checkbox"/> veränderte Stimmlage	<input type="checkbox"/> Aggressivität
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Angst
<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Sehstörung
<input type="checkbox"/> Konzentrationsproblem/ Denkschwierigkeit	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit