

Untersuchungsergebnisse

	Zielwert	Datum	Datum	Datum	Datum
Gewicht					
Blutdruck					
Blutdruck					
Kreatinin					
HbA1c					
HDL-Chol					
LDL-Chol					
Triglyceride					
Mikroalbumine					
Nikotin					
Augenbefund					
EKG					
Halsgefäße					
Sonstige					

Blutdrucktagebuch

Persönliche Daten

Name, Vorname:	
Straße:	
Postleitzahl, Wohnort:	
Telefon:	

Ärztliche Verordnungen

Medikament	morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

