

## Untersuchungsergebnisse

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

## Blutdrucktagebuch

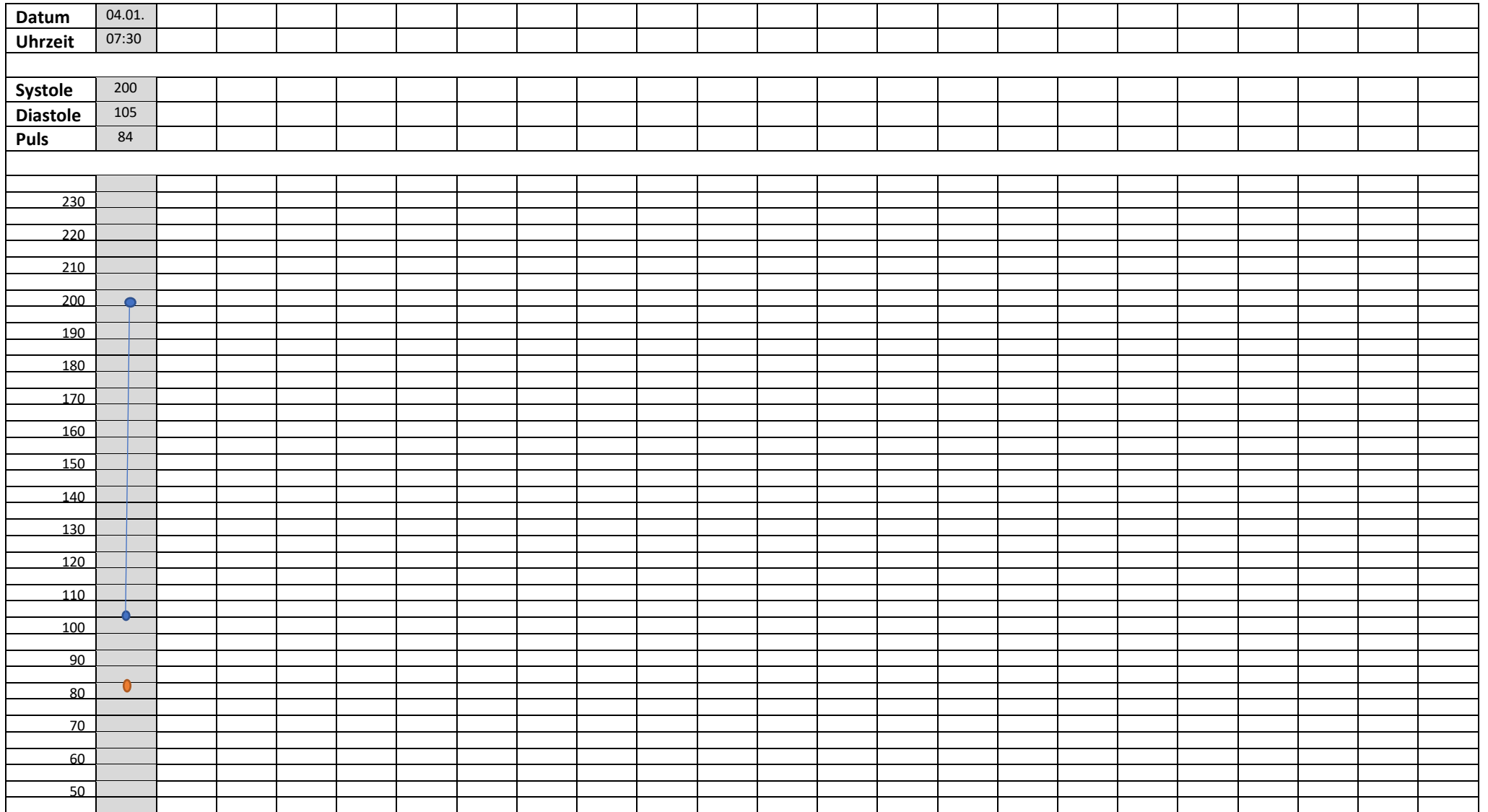
### Persönliche Daten

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

### Ärztliche Verordnungen

Medikament	morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

# Persönliche Messwerte



# Persönliche Messwerte

<b>Datum</b>	04.01.																					
<b>Uhrzeit</b>	07:30																					
<b>Systole</b>	200																					
<b>Diastole</b>	105																					
<b>Puls</b>	84																					
230																						
220																						
210																						
200																						
190																						
180																						
170																						
160																						
150																						
140																						
130																						
120																						
110																						
100																						
90																						
80																						
70																						
60																						
50																						

# Persönliche Messwerte

