

Herzfrequenz-Werte

Datenerfassung

Datum	Uhrzeit	Blutdruck oberer Wert	Blutdruck unterer Wert	Puls	Gewicht in kg	Bemerkungen/Beschwerden (z.B. Kurzatmigkeit, Schwellungen der Füße, Beine/ Bauch, Appetitlosigkeit, Gefühl der Erschöpfung)	Medikamenteneinnahme Name/mg
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Samstag							
Sonntag							