

Tagebuch Herzinsuffizienz



von (Vorname, Name) _____ geboren am ____ . ____ . ____

Woche von.....bis.....		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Körpergewicht: Tragen Sie jeden Tag Ihr Gewicht ein. Wenden Sie sich an Ihren Hausarzt, wenn Sie · über Nacht mehr als 1 kg oder · innerhalb von einer Woche mehr als 2,5 kg zugenommen haben.								
Trinkmenge pro Tag		.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter
Blutdruck	Oberer Wert (systolisch)							
	Unterer Wert (diastolisch)							
Befindlichkeit Strich: nein Ein Kreuz: leicht Zwei Kreuze: stark	Geschwollene Beine							
	Kurzatmigkeit							
	Schwächegefühl							
	Herzstolpern							

Woche von.....bis.....		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Körpergewicht: Tragen Sie jeden Tag Ihr Gewicht ein. Wenden Sie sich an Ihren Hausarzt, wenn Sie · über Nacht mehr als 1 kg oder · innerhalb von einer Woche mehr als 2,5 kg zugenommen haben.								
Trinkmenge pro Tag		.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter
Blutdruck	Oberer Wert (systolisch)							
	Unterer Wert (diastolisch)							
Befindlichkeit Strich: nein Ein Kreuz: leicht Zwei Kreuze: stark	Geschwollene Beine							
	Kurzatmigkeit							
	Schwächegefühl							
	Herzstolpern							

Woche von.....bis.....		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Körpergewicht: Tragen Sie jeden Tag Ihr Gewicht ein. Wenden Sie sich an Ihren Hausarzt, wenn Sie · über Nacht mehr als 1 kg oder · innerhalb von einer Woche mehr als 2,5 kg zugenommen haben.								
Trinkmenge pro Tag		.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter	.....Liter
Blutdruck	Oberer Wert (systolisch)							
	Unterer Wert (diastolisch)							
Befindlichkeit Strich: nein Ein Kreuz: leicht Zwei Kreuze: stark	Geschwollene Beine							
	Kurzatmigkeit							
	Schwächegefühl							
	Herzstolpern							