

Vorname, Name .....

Woche von.....bis.....		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Körpergewicht:</b> 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.								
Blutdruck	Oberer Wert (systolisch)							
	Unterer Wert (diastolisch)							
<b>Befindlichkeit</b> Strich: nein Ein Kreuz: leicht Zwei Kreuze: stark	Geschwollene Beine							
	Kurzatmigkeit							
	Schwächegefühl							
	Herzstolpern							

Woche von.....bis.....		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Körpergewicht:</b> 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.								
Blutdruck	Oberer Wert (systolisch)							
	Unterer Wert (diastolisch)							
<b>Befindlichkeit</b> Strich: nein Ein Kreuz: leicht Zwei Kreuze: stark	Geschwollene Beine							
	Kurzatmigkeit							
	Schwächegefühl							
	Herzstolpern							

Woche von.....bis.....		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<b>Körpergewicht:</b> 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.								
Blutdruck	Oberer Wert (systolisch)							
	Unterer Wert (diastolisch)							
<b>Befindlichkeit</b> Strich: nein Ein Kreuz: leicht Zwei Kreuze: stark	Geschwollene Beine							
	Kurzatmigkeit							
	Schwächegefühl							
	Herzstolpern							