

# ÜBERWACHUNG MEINES BLUTDRUCKS

Nachname: .....  
 Vorname: .....  
 Erhebungszeitraum: von ..... bis .....  
 Behandlung: .....

Ich messe meinen Blutdruck:  
 3 Mal hintereinander am selben  
 Arm, morgens und abends, an  
 3 aufeinanderfolgenden Tagen.

**BLUTDRUCKZIEL  $\leq$  135/85**

TAG 1	MORGENS			ABENDS		
	Systolisch oder 1. Zahl	Diastolisch oder 2. Zahl	Herzfrequenz	Systolisch oder 1. Zahl	Diastolisch oder 2. Zahl	Herzfrequenz
Messung 1						
Messung 2						
Messung 3						

TAG 2	MORGENS			ABENDS		
	Systolisch oder 1. Zahl	Diastolisch oder 2. Zahl	Herzfrequenz	Systolisch oder 1. Zahl	Diastolisch oder 2. Zahl	Herzfrequenz
Messung 1						
Messung 2						
Messung 3						

TAG 3	MORGENS			ABENDS		
	Systolisch oder 1. Zahl	Diastolisch oder 2. Zahl	Herzfrequenz	Systolisch oder 1. Zahl	Diastolisch oder 2. Zahl	Herzfrequenz
Messung 1						
Messung 2						
Messung 3						

Systolischer Durchschnittswert 18 Messungen	Diastolischer Durchschnittswert 18 Messungen

**Blutdruckmessgerät**

Marke: .....

Modell: .....

Handgelenk       Arm



**Agir pour  
le Cœur  
des Femmes**

Women's Cardiovascular Healthcare Foundation

