

**Ihr Blutdruck-Tagebuch**

Ihr Name:

Datum	Datum	Blutdruck		Puls	Anmerkung*
		oberer Wert (systolisch)	unterer Wert (diastolisch)		
	Morgens				
	Abends				
	Morgens				
	Abends				
	Morgens				
	Abends				
	Morgens				
	Abends				
	Morgens				
	Abends				
	Morgens				
	Abends				
	Morgens				
	Abends				
	Morgens				
	Abends				

Bitte messen Sie Ihren Blutdruck bitte immer am gleichen Arm, zur gleichen Stunden und wenn möglich in der gleichen Position.

\*Bitte notieren Sie Ihre kurz vorangegangene Aktivitäten oder Ereignisse wie Streit, Treppensteigen, Mittagsschlaf