

Name und Kontakt:

---

Alter:

---

Gewicht:

---

Bitte messen sie an 3 auf einander folgenden Tagen ihren Blutdruck zur selben Zeit:

Tag1:

---

Tag2:

---

Tag3:

---

Bitte schreiben sie alle Beschwerden auf die ihrer Meinung nach behandelt werden sollen:

---

---

---

Kurzbeschreibung ihrer Tagesroutine/stress Faktoren etc. (auch auf Arbeit):

---

---

---

---

Bekannte Krankheiten/Operationen/Medikation:

---

---

---

---

Alle anderen dinge die noch nicht erwähnt wurden:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum & Ort

---

Unterschrift

---