

Name _____ Monat _____

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
★	Wochen- lage																
kPa	mm Hg	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A
38	290																
	280																
36	270																
	260																
34	250																
	240																
32	230																
	220																
30	210																
	200																
28	190																
	180																
26	170																
	160																
24	150																
	140																
22	130																
	120																
20	110																
	100																
18	90																
	80																
16	70																
	60																
Medikamente																	
Gewicht (kg)																	
Bemerkungen*	Körpergröße	cm															