

Udfyldes af patienten:



Skru ned for blodtrykket

Navn: _____

CPR nr.: _____

Dag 1

Dato: _____

	Måling inden morgenmaden			Måling inden aftensmaden			Gennemsnit
	1	2	3	1	2	3	
Det høje (systolisk)							
Det lave (diastolisk)							
Puls							

Dag 2

Dato: _____

	Måling inden morgenmaden			Måling inden aftensmaden			Gennemsnit
	1	2	3	1	2	3	
Det høje (systolisk)							
Det lave (diastolisk)							
Puls							

Dag 3

Dato: _____

	Måling inden morgenmaden			Måling inden aftensmaden			Gennemsnit
	1	2	3	1	2	3	
Det høje (systolisk)							
Det lave (diastolisk)							
Puls							