

VITALZEICHENKONTROLLE

Name, Klient: _____

Monat: _____ Jahr: _____

Datum	Morgens			
	Uhrzeit [24h]	Blutdruck [mmHg]	Puls [BPM]	Temp. [°C]
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				

Mittags			
Uhrzeit [24h]	Blutdruck [mmHg]	Puls [BPM]	Temp. [°C]

Abends			
Uhrzeit [24h]	Blutdruck [mmHg]	Puls [BPM]	Temp. [°C]

Uhrzeit [24h]	Gewicht [kg]

VITALZEICHENKONTROLLE

Name, Klient: _____

Monat: _____ Jahr: _____

Datum	Morgens			
	Uhrzeit [24h]	Blutdruck [mmHg]	Puls [BPM]	Temp. [°C]
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				

Mittags			
Uhrzeit [24h]	Blutdruck [mmHg]	Puls [BPM]	Temp. [°C]

Abends			
Uhrzeit [24h]	Blutdruck [mmHg]	Puls [BPM]	Temp. [°C]

Uhrzeit [24h]	Gewicht [kg]