



Langzeit-Tagebuch

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Arzt: _____

Datum: _____

Bitte beachten Sie:

- Bitte **öffnen** Sie das Aufnahmegerät **nicht**
- **Baden oder Duschen** Sie **nicht** während Sie das Gerät tragen
- Entfernen Sie bitte selbstständig die Elektroden/ Manschette zu Hause
- Bitte bringen Sie das Gerät am **Folgetag zw. 08.00 – 09.00 Uhr** zurück in unsere Praxis

Aktuelle Medikation:

| Name des Medikaments | Morgens | Mittags | Abends |
|----------------------|---------|---------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Tagesablauf:

| Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
|---------|-----------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |