

Jméno:



Typ přístroje, který používám:

Datum kontroly u lékaře:

	Datum		Čas	Krevní tlak 1. měření	Krevní tlak 2. měření	Průměr 1. a 2. měření	Tepová frekvence
1.		ráno					
		večer					
2.		ráno					
		večer					
3.		ráno					
		večer					
4.		ráno					
		večer					
5.		ráno					
		večer					
6.		ráno					
		večer					
7.		ráno					
		večer					
Průměr měření:							