



MEIN HERZ- TAGEBUCH

Diese Broschüre wurde Ihnen überreicht durch:

Stempel des Arztes

Dieses Tagebuch gehört:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Bitte beachten Sie folgende Punkte – folgende Hinweise:

- Wiegen Sie sich immer zur gleichen Zeit – am Besten gleich morgens nach dem Aufstehen und dem Toilettengang, ohne Schuhe und unbekleidet oder in Schlafkleidung vor der Medikamenteneinnahme.
- Messen Sie Ihren Blutdruck möglichst immer zur gleichen Zeit oder bei Beschwerden. Setzen Sie sich vor dem Blutdruckmessen kurz hin und warten Sie einige Minuten, bis Sie Ihren Blutdruck messen.
- Wenn Sie eine Einnahme der Medikamente vergessen haben, nehmen Sie das nächste Mal keine doppelte Dosis ein.
- Lassen Sie nicht eigenständig eine Einnahme, z. B. das Diuretikum, der sogenannten Wassertablette weg. Dies kann Ihren Wasserhaushalt aus der Balance bringen und starke Luftnot hervorrufen.

Ich habe einen implantierbaren Cardioverter / Defibrillator

ja nein

Ich habe einen Herzschrittmacher

ja nein

Mein implantierter Cardioverter / Defibrillator bzw. mein Herzschrittmacher haben eine Resynchronisationsfunktion zur Herzstärkung

ja nein

Hersteller

Biotronik Medtronic Sorin / LivaNova

St. Jude Medical Bosten Scientific



Kontrollieren Sie Ihre Werte täglich. So lernen Sie Ihre Krankheit gut kennen und können den Verlauf Ihrer Erkrankung beeinflussen.

Meine Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Essen Sie vor allem salz-arme Lebensmittel, wie Kartoffeln, Nudeln, Reis, Gemüse und Obst. Verwenden Sie statt Salz reichlich Gewürze oder Kräuter, um Ihre Gerichte zu verfeinern. Fertiggerichte, Käse und Wurstwaren sind häufig sehr salzhaltig.



Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Blutdruck die individuelle Obergrenze übersteigt oder die Untergrenze nicht erreicht:

_____ / _____

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Gewicht in 3 Tagen um 2 kg oder mehr ansteigt.
- Ihr Puls weniger als 60 und mehr als 90 beträgt.
- Ihre Ödeme sich verschlechtern.

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Blutdruck die individuelle Obergrenze übersteigt oder die Untergrenze nicht erreicht:

_____ / _____

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Gewicht in 3 Tagen um 2 kg oder mehr ansteigt.
- Ihr Puls weniger als 60 und mehr als 90 beträgt.
- Ihre Ödeme sich verschlechtern.

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Blutdruck die individuelle Obergrenze übersteigt oder die Untergrenze nicht erreicht:

_____ / _____

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Gewicht in 3 Tagen um 2 kg oder mehr ansteigt.
- Ihr Puls weniger als 60 und mehr als 90 beträgt.
- Ihre Ödeme sich verschlechtern.

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Blutdruck die individuelle Obergrenze übersteigt oder die Untergrenze nicht erreicht:

_____ / _____

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Gewicht in 3 Tagen um 2 kg oder mehr ansteigt.
- Ihr Puls weniger als 60 und mehr als 90 beträgt.
- Ihre Ödeme sich verschlechtern.

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Blutdruck die individuelle Obergrenze übersteigt oder die Untergrenze nicht erreicht:

_____ / _____

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Gewicht in 3 Tagen um 2 kg oder mehr ansteigt.
- Ihr Puls weniger als 60 und mehr als 90 beträgt.
- Ihre Ödeme sich verschlechtern.

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Blutdruck die individuelle Obergrenze übersteigt oder die Untergrenze nicht erreicht:

_____ / _____

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Gewicht in 3 Tagen um 2 kg oder mehr ansteigt.
- Ihr Puls weniger als 60 und mehr als 90 beträgt.
- Ihre Ödeme sich verschlechtern.

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mein Herztagebuch in der Woche vom _____ bis zum _____

	Gewicht in kg	Blutdruck	Puls	Ödeme	Atemnot oder Kurzatmigkeit	sonstige Beschwerden
Mo		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Di		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mi		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Do		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fr		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sa		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
So		/		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Blutdruck die individuelle Obergrenze übersteigt oder die Untergrenze nicht erreicht:

_____ / _____

Rufen Sie den Arzt an, wenn:

- Ihr Gewicht in 3 Tagen um 2 kg oder mehr ansteigt.
- Ihr Puls weniger als 60 und mehr als 90 beträgt.
- Ihre Ödeme sich verschlechtern.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Deutsche Stiftung für chronisch Kranke
Schwabacher Straße 32 · 90762 Fürth

Texte und Redaktion:

Deutsche Stiftung für chronisch Kranke:
Dr. Bettina Zippel-Schultz, Uta Augustin, Dr. Thomas M. Helms,
Westpfalz-Klinikum GmbH:
Dr. Frauke Wenzelburger, Prof. Dr. Burghard Schumacher

Sie können die Informationen und das Herz-Tagebuch
jederzeit online beziehen: www.dsck.de

Spendenkonto:

HypoVereinsbank Erlangen
IBAN: DE59 7632 0072 0378 7037 43
BIC: HYVEDEMM417

Fotos: fotolia.de; stock.adobe.com

Gestaltung: www.conrat.org