Patientenbogen | Patient Record

Name / *Name:*	Alter / *Age:*	Geschlecht / *Sex:*	Monat / *Month:*	Jahr / *Year:*

V = Vormittag (*a.m.*) / M = Mittag (*p.m.*) / A= Abend (*evening*) / N = Nacht (*night*)

Tag *Day*	Blutdruck *Blood Pressure*			Körper-Gewicht *Body Weight* (kg)	Urin(e) Volume / Tag (l/24h)	Urin(e) – pH Optimum 7.5 – 8.0				Tabl. Zahl T*abl. Nr* NaHCO3 lg.				Allgemeinbefinden? *Wellbeing?* Medikamente? *Medication?* Ödeme? / *Edemata?* Schmerzen? / *Pains?*
	V	M	A			V	M	A	N	V	M	A	N	
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														
15.														
16.														
17.														
18.														
19.														
20.														
21.														
22.														
23.														
24.														
25.														
26.														
27.														
28.														
29.														
30.														
31.														