

## Anmeldung zur 24-Stunden Blutdruckmessung (ABPM)

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

### Diagnose und Fragestellung:

.....  
.....  
.....

Gewicht: ..... Kg

Länge: ..... cm

Medikamente ..... (Bitte Dosierung und Zeit)

.....  
.....  
.....  
.....

### Zuweisender Arzt:

intern .....

extern .....