Vložni list hipertonika

Ime in Priimek:_____ Št. kartona: __
Od leta: _____; Višina: ____; Ogroženost: ____; Prvi pregled: _____
Povprečje treh meritev: ___/___ mmHg; Retenti: _____ KKS: ____
Urin: _____ EKG: _____
Okulist: _____
Sočasne bolezni: _____

				urin				
DATUM	RR	kreat	kalij	ALB.	EKG	TEŽA	ZDRAVILA	OP.
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							
	/							