

Informationsbogen

Blutdruck-Check

Datum: _____

Uhrzeit: _____

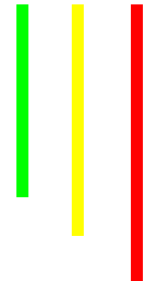


Sehr geehrte(r) Frau/Herr _____,

bei Ihnen wurde in unserer Apotheke

am rechten / linken Arm im Sitzen der Blutdruck gemessen.

Gerätetyp: Oberarm-, Handgelenkmessgerät, Stethoskop-Messgerät



Erste Messung: _____ / _____ mmHg.

(2. Messung nach 2 Minuten durchführen, wenn 1. Messung im gelben oder roten Bereich liegt.)

Zweite Messung: _____ / _____ mmHg.

(Bei einer 2. Messung dienen die Werte dieser Messung zur Einordnung in das Ampelschema.)

Sie sollten Ihren Arzt folgendermaßen informieren:	Diabetes/Nieren-/Herz-Erkrankungen nicht bekannt	Diabetes-/Nieren-/Herz-erkrankungen bekannt
<input type="checkbox"/> umgehend	über 160 mmHg syst. oder 100 mmHg diast.	über 160 mmHg syst. oder 100 mmHg diast.
<input type="checkbox"/> in absehbarer Zeit	140-160 mmHg syst.* oder 90-100 mmHg diast.*	130-160 mmHg syst. oder 85-100 mmHg diast.
<input type="checkbox"/> bei Ihrem nächsten Besuch	unter 140/90 mmHg	unter 130/85 mmHg

Ihr Arzt wird dann gegebenenfalls diagnostische und therapeutische Maßnahmen mit Ihnen besprechen und einleiten.

* Sie sollten diesen Test innerhalb eines Monats wiederholen.

Sollten die Werte bei der Wiederholungsmessung erneut im gelben oder sogar im roten Bereich liegen, vereinbaren Sie bitte direkt einen Arzttermin.

Legen Sie diesen Informationsbogen bitte beim nächsten Besuch Ihrem Arzt vor.

Ihr Ansprechpartner in der Apotheke

Apothekenstempel / Unterschrift

Gegebenenfalls weitere, heute in der Apotheke ermittelte Werte:

Blutzucker: _____ mg/dl oder mmol/l** (Kapillarblut)

Puls: _____ min⁻¹

Blutfettwerte in Cholesterin gesamt _____

LDL _____

mg/dl oder mmol/l**: Triglyceride _____

HDL _____

Gewicht: _____ kg **Größe:** _____ cm

BMI: _____ kg/m²

Risikofaktoren (3): Rauchen Diabetes zu hohe Blutfettwerte

KHK Kardiovaskuläre Erkrankungen in der Familie

** nicht Zutreffendes streichen