

## Informationsbogen Blutdruck (bei bestehendem Bluthochdruck)

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (kreuzen Sie an):

**Wann wurde Bluthochdruck bei Ihnen ärztlich festgestellt?**

- vor weniger als 1 Jahr
- vor 1 bis 5 Jahren
- vor mehr als 5 Jahren

**Haben Sie folgende Erkrankungen?**

(Mehrfachnennung möglich)

- Diabetes/Zuckerkrankheit
- Herzschwäche
- Koronare Herzkrankheit
- Schlaganfall
- Chronische Nierenerkrankung
- Herzinfarkt

**Nehmen Sie bereits Medikamente gegen Bluthochdruck oder andere Herzmedikamente ein?**

- Nein
- Ja, und zwar:

\_\_\_\_\_

**Liegt in Ihrer Familie eine dieser Krankheiten vor?**

- Nein
- Ja

**Rauchen Sie?**

- Nein
- Ja

### VON DER APOTHEKE AUSZUFÜLLEN:



Folgender Blutdruck und Puls wurden in unserer Apotheke nach 5 Minuten Ruhepause am  rechten /  linken  Oberarm /  Handgelenk im Sitzen gemessen:

**Erste Messung:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Puls: \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>

**Zweite Messung:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Puls: \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>  
(1-2 Minuten nach der 1. Messung)

**Dritte Messung:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Puls: \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>  
(1-2 Minuten nach der 2. Messung)

**Durchschnitt:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Puls: \_\_\_\_\_ min<sup>-1</sup>  
(der 2. und 3. Messung)

Der Durchschnitt von 2. und 3. Messung sowie das Alter dienen zur Einordnung in das folgende Schema:

Bis einschließlich 64 Jahre	Ab 65 Jahren	Empfohlene Maßnahme (bitte ankreuzen)
über 130 mmHg systolisch <b>oder</b> über 80 mmHg diastolisch	über 140 mmHg systolisch <b>oder</b> über 80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> <b>Bitte vereinbaren Sie innerhalb von 4 Wochen einen Arzttermin</b>
unter 120 mmHg systolisch <b>oder</b> unter 70 mmHg diastolisch	unter 120 mmHg systolisch <b>oder</b> unter 70 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> <b>Bitte informieren Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin bei der nächsten Vorstellung</b>
120–130 mmHg systolisch <b>und</b> 70–80 mmHg diastolisch	120–140 mmHg systolisch <b>und</b> 70–80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> <b>Bitte kontrollieren Sie weiterhin regelmäßig den Blutdruck</b>

Hinweis auf Arrhythmien:  Nein  Ja (Falls Ihnen diese nicht bekannt sind, vereinbaren Sie bitte zeitnah einen Arzttermin zur Abklärung)

\_\_\_\_\_  
Ihr(e) Ansprechpartner(in) in der Apotheke

\_\_\_\_\_  
Apothekenstempel/Unterschrift

**Legen Sie diesen Informationsbogen bitte Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin vor. Sollte es erforderlich sein, wird Ihr Arzt/Ihre Ärztin diagnostische und ggf. therapeutische Maßnahmen mit Ihnen besprechen.**