

Herr / Frau: _____

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⁻¹

Zweite Messung: _____ / _____ mmHg Puls: _____ min⁻¹
(1–2 Minuten nach der 1. Messung)

Dritte Messung: _____ / _____ mmHg Puls: _____ min⁻¹
(1–2 Minuten nach der 2. Messung)

Durchschnitt: _____ / _____ mmHg Puls: _____ min⁻¹
(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 oder über 80 mmHg diastolisch	über 140 mmHg systolisch oder über 80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte vereinbaren Sie innerhalb von 4 Wochen einen Arzttermin
unter 120 mmHg systolisch oder unter 70 mmHg diastolisch	unter 120 mmHg systolisch oder unter 70 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin bei der nächsten Vorstellung
120–130 mmHg systolisch und 70–80 mmHg diastolisch	120–140 mmHg systolisch und 70–80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte kontrollieren Sie weiterhin regelmäßig den Blutdruck

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.



ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
Geschäftsbereich Arzneimittel www.abda.de



DGK.
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Stand: 08.04.2020 | © ABDA