

Fragebogen bei Verdacht auf Bluthochdruck und/oder Bedarf einer medikamentösen Therapie

Drucken Sie diesen Fragebogen aus und füllen Sie ihn aus. Nehmen Sie ihn zur Besprechung von Bluthochdruck zu Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin mit.

1. Gab es frühere Behandlungsversuche von Bluthochdruck? _____
Falls ja: Womit und weshalb aufgehört? _____

2. Trinken Sie Alkohol? _____
Falls ja: Was, wie oft pro Woche und wie viel? _____

3. Wie sieht Ihre körperliche Aktivität aus (was, wie oft pro Woche, wie lange pro Mal)? _____

4. Würzen Sie Ihr Essen mit salzhaltigen Gewürzmischungen? _____
5. Salzen Sie auswärts nach? _____
6. Haben Sie eine Erektionsstörung? _____
7. Nehmen Sie Medikamente (auch nichtrezeptpflichtige und pflanzliche) oder Nahrungsergänzungsmittel ein? _____
Falls ja: Welche, in welcher Dosis und wie oft? _____

8. Haben/Hatten Sie Verwandte (Eltern, Geschwister, Kinder) mit folgenden Erkrankungen? Falls ja: wer und in welchem Alter wurde die Diagnose gestellt?
 - a. Bluthochdruck _____
 - b. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____
 - c. Hohes Cholesterin _____
 - d. Herzinfarkt _____
 - e. Schlaganfall _____

9. Trifft mindestens eine der folgenden Aussagen auf Sie zu? _____

- a. Ich bin <40 Jahre alt.
- b. Mein Blutdruck wurde plötzlich höher.
- c. Ich habe extrem hohe Blutdruckwerte (oberer Blutdruck ab 175mmHg und/oder unterer Blutdruck ab 105mmHg).
- d. Mein Blutdruck lässt sich auch durch Medikamente nicht ausreichend senken.

10. Trifft mindestens eine der folgenden Aussagen auf Sie zu? _____

- a. Manchmal werde ich anfallsartig blass, beginne zu schwitzen, kriege Herzrasen und Kopfschmerzen.
- b. Jemand in meiner Familie hat ein Phäochromozytom (Tumor des Nebennierenmarks).
- c. Mir ist oft heiss, ich verliere leicht an Gewicht, zittere oft und habe Herzrasen.
- d. Mir wurde gesagt, dass ich stark schnarche. Zudem schlafe ich tagsüber oft ein.