

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Wann wurde der Bluthochdruck erstmalig festgestellt? _____ (Datum)

Seit wann ist der Bluthochdruck behandlungsbedürftig? _____ (Datum)

Welche Medikamente haben Sie derzeit verordnet? (Name und Dosierung) _____

Letzte Blutdruckmessung in der Praxis:

_____ (Datum) _____ / _____ (syst/diast) _____ Puls

Weitere anamnestische Blutdruckwerte aus den letzten 12 Monaten:

_____ (Datum) _____ / _____ (syst/diast)

_____ (Datum) _____ / _____ (syst/diast)

Welche Werte haben sich bei der letzten 24-Std.-Messung (**falls vorhanden**) ergeben? _____ (Datum)

Gesamtmittelwert _____ / _____ (syst/diast)

Tagesmittelwert _____ / _____ (syst/diast)

Nachtmittelwert _____ / _____ (syst/diast)

Wurden in den letzten 5 Jahren bei EKGs/Ergometrien, Augenhintergrund- oder Laboruntersuchungen auffällige Ergebnisse erzielt?

nein ja, welche und wann? (Bitte Befund/Laborbericht beifügen) _____

Körpermaße:

_____ (Datum) Größe _____ cm Gewicht _____ kg Bauchumfang _____ cm

Bestehen weitere Erkrankungen?

nein ja, welche? (Bitte Befund beifügen) _____

Ort, Datum

X

Stempel und Unterschrift des Arztes