

## Arztanfrage Bluthochdruck

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)

Haben sich bei Untersuchungen (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Echokardiographie, Langzeitblutdruckmessung, Augenhintergrundmessung oder Laboruntersuchung) in den letzten 5 Jahren **krankhafte Befunde** ergeben?

nein       ja, welche und wann? (Bitte Befund/ Laborbericht beifügen) \_\_\_\_\_  
bei welchen Behandler? \_\_\_\_\_

### 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