



Selbstauskunft Hypertonie

Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort

Behandelt wegen

1. Seit wann besteht der Bluthochdruck ?			
2. Wie wurde die Erkrankung vom Arzt genau bezeichnet ?			
3. Bitte den letzten gemessenen Blutdruckwert angeben.	mmHg	gemessen am	
4. Welche Medikamente werden bzw. wurden eingenommen ?	a) Name		
	b) Dosierung		
	c) Zeitraum/Dauer der Einnahme		
5. Sind die Ursachen des Bluthochdrucks bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
6. Liegt ein erhöhter Cholesterinwert vor ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wert(e)	a) gesamt mg/dl b) HDL mg/dl c) LDL mg/dl	gemessen am
7. Bestehen aktuell Beschwerden ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie folgt		
8. Wurde eine der abgefragten Untersuchungen durchgeführt ? (Mehrfachantwort möglich, Untersuchungsbefunde sowie Laborwerte bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Blutuntersuchung/ Labor <input type="checkbox"/> Herzkatheteruntersuchung	<input type="checkbox"/> Nierensonographie <input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Langzeit-EKG
9. Ist eine der unter Frage 8 aufgeführten Untersuchungen angeraten ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> Herzkatheteruntersuchung <input type="checkbox"/> Nierensonographie <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung/Labor	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG
10. Bei welchen Ärzten oder Heilpraktikern fanden bisher Behandlungen aufgrund des Bluthochdrucks statt ? (Namen und Anschrift angeben)			

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)