

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Blutdruck

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. **Leiden Sie an** Bluthochdruck niedriger Blutdruck

3. **Wann wurde der Bluthochdruck/ niedrige Blutdruck erstmals festgestellt und was ist die Ursache?**

_____ (Monat/Jahr)

angeboren, familiär bedingt Übergewicht Stress
 Schwangerschaft Nierenerkrankung sonstige: _____

4. **Wie wird der Bluthochdruck/ niedrige Blutdruck behandelt?**

nie behandelt keine Behandlung seit: _____ (Monat/ Jahr)
 Medikament(e), Präparatename(n): _____
Tagesdosis: _____

5. **Bitte teilen Sie uns die Ergebnisse der letzten 3 Blutdruckmessungen mit (ggf. beim Arzt erfragen):**

RR _____ / _____ gemessen am: _____ mit Medikament? nein ja
RR _____ / _____ gemessen am: _____ mit Medikament? nein ja
RR _____ / _____ gemessen am: _____ mit Medikament? nein ja

6. **Wurde eine 24-Stunden-Blutdruckmessung durchgeführt?**

nein ja Falls ja, wann _____ (Monat/ Jahr)
Tagesmittelwert: _____ (ggf. beim Arzt erfragen oder Befund beifügen)

7. **Wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt?**

nein ja Falls ja, wann _____ (Monat/ Jahr)
Ergebnis: _____ (ggf. beim Arzt erfragen oder Befund beifügen)

8. **Sind erhöhte Blutfettwerte (z. B. Cholesterin) festgestellt worden?**

nein
 ja - bitte nähere Angaben machen (ggf. beim Arzt erfragen oder Kopie des Laborbefundes beifügen):

Datum: _____ (Monat/ Jahr) Cholesterin: _____ HDL: _____ LDL: _____ Triglyceride: _____

