

Basisdaten



Land [][] - [][][][]	Zentrums ID Nr. [][][][][][][][]	Arzt-ID-Nr. [][][][][][][][]	Untersuchungsdatum: [][][][][][][][] Tag Monat Jahr
Pat. ID Nr. [][][][][][][][][][][][][][][][][][]		Geburtsdatum [][][][][][][][] Tag Monat Jahr	
Initialen VN [][] NN [][]		Geschlecht: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Hypertonietyp: <input type="radio"/> essentiell <input type="radio"/> sekundär
Hypertonie Erst-Diagnose: [][][][]		Beginn einer med. Therapie: [][][][]	

Gründe für den Arztbesuch



Vorsorge <input type="checkbox"/>	Schulung <input type="checkbox"/>	Folgeschäden <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Krise
Routine <input type="checkbox"/>	Neumanifestation <input type="checkbox"/>	Schwangersch. <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Notfall

Risikofaktoren Risikoverhalten (aktuelle Situat.)



Wenn Raucher seit (Jahr): [][][][]	Alkoholkonsum: (g/Wo) kein <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> [][][]
Status <input type="radio"/> Nichtraucher <input type="radio"/> Exraucher <input type="radio"/> Raucher	Bewegung: (Std/Wo) keine <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> [][][]
Pack Years: [][][]	
derzeit Zigaretten pro Tag: [][]	

Selbstkontrolle/ Empowerment:

Blutdruckmess.: (Anzahl / Woche) [][][]	erhöhte Stressbelastung <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	Medikamenteneinnahme <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig	Nur wenn der Patient bereits geschult wurde: Jahr der aktuellsten Schulung: [][][]
erholungsmöglichkeit <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N			
Selbstmessungen Blutdruck (mm Hg) [][][][] / [][][][]		Mittelwert aus 3 Messungen [][][][]	

Messungen



Größe (cm) [][][]	Gewicht (kg) [][][]	Blutdruck Werte in Ruhe (mm Hg) [][][][] / [][][][]
-----------------------------	-------------------------------	--

(aktuelle Werte der letzten 12 Monate)



24 h Blutdruck (mm Hg) [][][][] / [][][][]	Labor: nüchtern? <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	Cholesterin (mg/dl) [][][][]
Blutdruckverhalten <input type="radio"/> Dipper <input type="radio"/> Non Dipper	Kreatinin (mg/dl) [][][] , [][][]	HDL-Cholesterin (mg/dl) [][][][]
	Blutzucker (mg/dl) [][][][]	LDL-Cholesterin (mg/dl) [][][][]
		Triglyceride: (mg/dl) [][][][]

Endorgan-schäden

Herzinsuffizienz <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	wenn ja: neu in den letzten 12 Mon.?	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N
Herzinf./Byp./Dilatation <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	wenn ja: neu in den letzten 12 Mon.?	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N
ischämischer Insult <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	wenn ja: neu in den letzten 12 Mon.?	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N
prim. hämorrhagischer Insult <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	wenn ja: neu in den letzten 12 Mon.?	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N
Term. Nierenversagen <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	wenn ja: neu in den letzten 12 Mon.?	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N
Amputation/Bypass/Dilatation <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N	wenn ja: neu in den letzten 12 Mon.?	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> N





58687

Symptome (in den letzten 12 Monaten)	Angina pectoris	J <input type="radio"/> N <input type="radio"/>	Claudicatio	J <input type="radio"/> N <input type="radio"/>	Cephalea	J <input type="radio"/> N <input type="radio"/>
	Dyspnoe ab NYHA III	J <input type="radio"/> N <input type="radio"/>	Schwindelattacken / Ohrensausen	J <input type="radio"/> N <input type="radio"/>	Erektile Dysfunktion	J <input type="radio"/> N <input type="radio"/>

Zusätzliche Befunde	pos.	neg.	nicht vorliegend	pos.	neg.	nicht vorliegend
	LVH (EKG oder USKG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fundus hypertonicus	<input type="radio"/>

Lebensqualität	Krankheitstage	Krankenhaustage	EQ-5D	EQ-5D VAS
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage/Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage/Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Hypertonie Behandlung	Bis jetzt		Ab jetzt		Bis jetzt		Ab jetzt	
	J N		J N		J N		J N	
	Lebensstil änderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AT-II-Antagonisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	β - Blocker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ca - Antagonisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Diuretika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alpha - Rezeptor - Blocker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ACE Hemmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zusätzliche Behandlung	Bis jetzt		Ab jetzt		Bis jetzt		Ab jetzt	
	J N		J N		J N		J N	
	Thrombozyten- Aggregationshemmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lipidsenker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Orale Antikoagulantien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Insulin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Antianginosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	orale Antidiabetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zielvereinbarung mit dem Patienten	Zielvereinbarung	<input type="checkbox"/>	regelmäßige Medikamenteneinnahme
	<input type="radio"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>	Nikotinkarenz
	<input type="radio"/> vereinbart } Wenn Ja	<input type="checkbox"/>	mehr Bewegung } Wenn Ja
	<input type="radio"/> keine Einigung	<input type="checkbox"/>	Alkoholkonsum Reduktion } Wenn Ja
		<input type="checkbox"/>	Gewichtsreduktion } Wenn Ja
		<input type="checkbox"/>	gesunde Ernährung
			Vereinbarte Bewegung (Std/Wo) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Vereinbarte Alkoholmenge (g/Wo) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Vereinbartes Zielgewicht (kg) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Untersucher	! Unterschrift Arzt	<input type="text"/>	Mark 1: (lokal)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Mark 2: (global)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Bitte ausfüllen ohne Überschreiben der Kästchen und die Zahlen wie im Beispiel rechts schreiben

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Mehrfachnennungen

Bitte folgendermaßen ausfüllen

J N

oder

