

## Beratungsbogen/Dokumentation für die Durchführung der pharmazeutischen Dienstleistung „Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck“

Ort, Datum, Uhrzeit

Patient/in

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (kreuzen Sie an):

**Wann wurde Bluthochdruck bei Ihnen ärztlich festgestellt?**

- vor weniger als 1 Jahr                       vor 1 bis 5 Jahren                       vor mehr als 5 Jahren

**Welche der folgenden Erkrankungen haben oder hatten Sie? (Mehrfachnennung möglich)**

- Diabetes / Zuckerkrankheit                       Herzschwäche                       Koronare Herzkrankheit  
 Schlaganfall                       Chronische Nierenerkrankung                       Herzinfarkt

**Liegt in Ihrer Familie eine dieser Krankheiten vor?**

- Nein                       Ja

**Nehmen Sie bereits Medikamente gegen Bluthochdruck oder andere Herzmedikamente ein?**

- Nein                       Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

- Nein                       Ja

**Von der Apotheke auszufüllen:**

<b>Folgender Blutdruck und Puls wurden in unserer Apotheke nach 5 Minuten Ruhepause</b>				
am	<input type="checkbox"/> rechten	<input type="checkbox"/> linken	<input type="checkbox"/> Oberarm/Handgelenk	im Sitzen gemessen:
<b>1. Messung:</b>	_____ / _____		mmHg Puls: _____	min <sup>-1</sup>
<b>2. Messung:</b>	_____ / _____		mmHg Puls: _____	min <sup>-1</sup>
(1–2 Minuten nach der 1. Messung)				
<b>3. Messung:</b>	_____ / _____		mmHg Puls: _____	min <sup>-1</sup>
(1–2 Minuten nach der 2. Messung)				
<b>Durchschnitt:</b>	_____ / _____		mmHg Puls: _____	min <sup>-1</sup>
(der 2. und 3. Messung)				

Der Durchschnitt von 2. und 3. Messung sowie das Alter dienen zur Einordnung in das folgende Schema:

Bis einschließlich 64 Jahre	Ab 65 Jahren	Empfohlene Maßnahme (bitte ankreuzen)
• über 130 mmHg systolisch oder über 80 mmHg diastolisch	• über 140 mmHg systolisch oder über 80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte vereinbaren Sie innerhalb von 4 Wochen einen Arzttermin
• unter 120 mmHg systolisch oder unter 70 mmHg diastolisch	• unter 120 mmHg systolisch oder unter 70 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie Ihren Arzt/ Ihre Ärztin bei der nächsten Vorstellung
• 120–130 mmHg systolisch und 70–80 mmHg diastolisch	• 120–140 mmHg systolisch und 70–80 mmHg diastolisch	<input type="checkbox"/> Bitte kontrollieren Sie weiterhin regelmäßig den Blutdruck

**Hinweis auf Arrhythmien:**  Nein     Ja

(Falls Ihnen diese nicht bekannt sind, vereinbaren Sie bitte zeitnah einen Arzttermin zur Abklärung)

Ihr(e) Ansprechpartner(in) in der Apotheke \_\_\_\_\_

Legen Sie bitte diesen Informationsbogen Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin vor.  
Sollte es erforderlich sein, wird Ihr Arzt/ Ihre Ärztin diagnostische und ggf. therapeutische Maßnahmen mit Ihnen besprechen.

Apothekenstempel / Unterschrift