

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

Ort, Datum

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:

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

Hinweis auf Arrhythmien: Nein Ja

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

Ihr Ansprechpartner in der Apotheke _____

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

Apothekenstempel / Unterschrift