

## Fragebogen - Arterielle Hypertonie

### Kunde

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Kundennummer	<input type="text"/>	Antragsnummer	<input type="text"/>

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu aufzubieten.**

Körpergrösse:  cm      Gewicht:  kg      Datum:

Raucher/Raucherin:  Nein  Ja      Falls ja, was?       Anzahl/Tag?       E-Zigaretten:  Nein  Ja

Hat früher geraucht:  Nein  Ja      Seit wann nicht mehr?

### Arterielle Hypertonie

Datum der Diagnose:       Datum der letzten Konsultation:

primär       sekundär      Ursache:

### Blutdruckmessungen: (während der letzten 12 Monate)

Datum: <input type="text"/> (Monat/Jahr)	systolisch: <input type="text"/>	diastolisch: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/> (Monat/Jahr)	systolisch: <input type="text"/>	diastolisch: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/> (Monat/Jahr)	systolisch: <input type="text"/>	diastolisch: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/> (Monat/Jahr)	systolisch: <input type="text"/>	diastolisch: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/> (Monat/Jahr)	systolisch: <input type="text"/>	diastolisch: <input type="text"/>

**Behandlung?**       Nein       Ja

Welche (Medikamente)?

Seit wann?  (Monat/Jahr)

Falls unterbrochen, Grund bekanntgeben:

Falls unterbrochen, seit wann:  (Monat/Jahr)

## Sonstige kardiovaskuläre Risikofaktoren:

### Dyslipidämie:

nein  ja

Datum der Laborwerte

Gesamtcholesterin:

mmol/l

HDL-Cholesterin:

mmol/l

Triglyceride:

mmol/l

Welche Behandlung?

Seit wann?

(Monat/Jahr)

### Diabetes:

nein  ja

Typ-1  Typ-2  mittelgradige Hyperglykämie (nüchtern)

Schwangerschaftsdiabetes  Prädiabetes

andere Arten von Diabetes (MODY, sekundäre Diabetesformen usw.)

Falls andere, präzisieren:

Datum der Diagnose:

Datum der letzten Konsultation:

HbA1c:

%

Datum:

Nüchternglukose:

mmol/l

Datum:

Welche Behandlung?

Seit wann?

(Monat/Jahr)

Compliance:

nein  ja

Harnuntersuchung auf Protein:

nein  ja

Mittels Urinstreifen oder im Labor:

negativ  1+  2+  3+ oder Wert:

Datum:

## Andere bekannte Krankheiten oder Therapien?

Welche Krankheiten?

Welche Therapie?

Seit wann?

(Monat/Jahr)

Gründe:

## Kardiovaskuläre Erkrankung:

Nein  Ja

Koronare Herzkrankheit

Zerebrovaskuläre Erkrankung

Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Karotisstenose

Sonstiges:

Welche Behandlung?

Seit wann?

(Monat/Jahr)

Familienanamnese in Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen:

negativ  positiv

## Komplikationen

### Nephropathie:

nein  ja  unbekannt

Kreatininwert:

mmol/l Datum:

GFR:

ml/min/1.73m<sup>2</sup> Datum:

A/K-Quotient:

Datum:

### Retinopathie:

nein  ja  unbekannt

beginnend (Mikroaneurysmen, Exsudat)  proliferativ (Hämorrhagie)

### Neuropathie:

nein  ja  unbekannt

peripher sensibel  autonom  kardiovaskulär, inkl. orthostatische Hypotonie

### Sonstiges:

nein  ja

Nähere Angaben:

## Durchgeführte Untersuchungen:

### Ergometrie:

nein  ja

Falls ja, wann:

Ergebnis:

### Herz-CT/Calcium-Score oder Angiographie:

nein  ja

Falls ja, wann:

Ergebnis:

## Weitere Kommentare

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.