



Anamnesebogen Hypertonie-Schulung

Angaben zur
Person

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Festnetz: _____ Handy: _____
Krankenkasse: _____

Hausärztliche
Betreuung

Hausarzt: _____ Überweisung: ja Nein
Schulung wurde durch Hausarzt/Facharzt empfohlen: ja Nein
Teilnahme an den DMP-Programmen der gesetzlichen Krankenkassen:
DMP Diabetes DMP Koronare Herzerkrankungen ich weiß nicht nein

Diagnosen und Medikamente

Bitte kreuzen Sie an, welche Diagnosen und Beschwerden auf Sie zutreffen:

- Hypertonus (Bluthochdruck)
- Herzinfarkt
- Angina Pectoris
- Schlaganfall
- Störung des Fettstoffwechsels
- Ateriosklerose (Verkalkung der Arterien) an:
 - Hirn versorgenden Arterien
 - Beinen
 - Sonstigen Arterien _____
- Sonstiges: _____
- Koronare Herzerkrankung
- Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
- Niereninsuffizienz (Nierenschwäche)
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja, folgende _____

Gewicht, Körperliche
Aktivität und Rauchen

Aktuelles Gewicht: _____ Größe: _____

Treiben Sie Sport? ja Welchen? _____ nein

Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche insgesamt? _____

Bewegen Sie sich im Alltag regelmäßig / viel? ja nein

Sonstige Freizeitaktivitäten / Hobbys: _____

Rauchen Sie? ja pro Tag ca: _____ nein

Datum _____

Unterschrift _____