



# Nieren- und Diabeteszentrum Grünstadt Dialysezentrum Grünstadt

**Dr. med. Michael Thomas** · Facharzt für Innere Medizin · Diabetologe DDG  
**Dr. med. Christine Keller** · Fachärztin für Innere Medizin · Nephrologin · Hypertensiologin  
**Carsten Blume** · Facharzt für Innere Medizin · Nephrologe

POLIMEDICUM · Verladeplatz 2 - 4 · 67269 Grünstadt · www.dialyse-gruenstadt.de · info@dialyse-gruenstadt.de

## Fragebogen für Patienten mit Bluthochdruck

Name: \_\_\_\_\_

1. Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

2. Seit wann ist bei Ihnen ein Bluthochdruck bekannt? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angehörige mit	Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3. Haben Sie erhöhte Cholesterinwerte?  Ja  Nein

4. Sind Sie Diabetiker/in?  Ja  Nein  
 Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

5. Sind Sie Raucher/in?  Ja  Nein

6. Hatten Sie eine/n	Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Durchblutungsstörung der Beine	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Bypass oder Ballonerweiterung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

7. Haben Sie	Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Sehstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Probleme beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Blut im Urin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Schäumenden Urin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wasser in den Beinen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hautprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Gelenkbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

8. Haben sich Ihre Blutdruckwerte in der letzten Zeit stark verschlechtert?  Ja  Nein

9. Wann waren Sie zuletzt bei Augenarzt? \_\_\_\_\_

10. Welche Medikamente nehmen Sie ein?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_