



Zentrums-ID: AUT-

Stadt: Datum der Messung:

Messort: 0 KH/Ordi 0 Apotheke 0 Arbeit
0 Öffent. Gebäude (Indoor) 0 Öffent. Platz (Outdoor) 0 Andere

Hersteller und Modellname des Blutdruckmessgerätes.....

Zeitpunkt der Messung: Temperatur am Messort..... °C

Bitte bestätigen Sie, dass Sie mit der anonymen Erfassung ihrer Daten und deren Verwendung für akademische Forschung einverstanden sind 0 Ja 0 Nein

Wurde Ihr Blutdruck schon einmal gemessen? 0 Ja 0 Nein

Wenn ja - wurde Ihr Blutdruck in den letzten 12 Monaten gemessen? 0 Ja 0 Nein

Nahmen Sie an der Aktion Mess Monat Mai 2017 teil? 0 Ja 0 Nein

Wurde bei Ihnen jemals Bluthochdruck von einem Arzt diagnostiziert (außer in der Schwangerschaft)? 0 Ja 0 Nein

Nehmen Sie im Moment eine blutdrucksenkende Therapie ein? 0 Ja 0 Nein

Wie alt sind Sie (in Jahren)? Geschlecht: 0 Männlich 0 Weiblich

Sind Sie schwanger? 0 Ja 0 Nein Fasten sie im Moment? 0 Ja 0 Nein

Haben Sie Diabetes? 0 Ja 0 Nein Rauchen Sie? 0 Ja 0 Nein

Trinken Sie Alkohol? 0 Nie/kaum 0 1-3 mal pro Monat

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? 0 Ja 0 Nein

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? 0 Ja 0 Nein

Gewicht in kg _____ (geschätzt 0) Größe in cm _____ (geschätzt 0)

An welchem Arm wurde gemessen? 0 Links 0 Rechts

Table with 4 columns: Systol. Blutdruck, Diast. Blutdruck, Herzfrequenz, and an empty column. Rows are labeled 1. Messung, 2. Messung, 3. Messung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

