

Zentrums-ID: AUT-

Stadt:

Datum der Messung:

Messort: ☐ KH/Ordi
☐ Öffent. Gebäude (Indoor)☐ Apotheke
☐ Öffent. Platz (Outdoor)☐ Arbeit
☐ 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 ☐ Ja ☐ Nein

Wurde Ihr Blutdruck schon einmal gemessen? ☐ Ja ☐ NeinWenn ja - wurde Ihr Blutdruck in den letzten 12 Monaten gemessen? ☐ Ja ☐ NeinNahmen Sie an der Aktion Mess Monat Mai 2017 teil? ☐ Ja ☐ NeinWurde bei Ihnen jemals Bluthochdruck von einem Arzt diagnostiziert (außer in der Schwangerschaft)? ☐ Ja ☐ NeinNehmen Sie im Moment eine blutdrucksenkende Therapie ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wie alt sind Sie (in Jahren)?

Geschlecht: ☐ Männlich ☐ WeiblichSind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ NeinFasten sie im Moment? ☐ Ja ☐ NeinHaben Sie Diabetes? ☐ Ja ☐ NeinRauchen Sie? ☐ Ja ☐ NeinTrinken Sie Alkohol? ☐ Nie/kaum ☐ 1-3 mal pro MonatHatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? ☐ Ja ☐ NeinHatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? ☐ Ja ☐ Nein

Gewicht in kg _____ (geschätzt 0)

Größe in cm _____ (geschätzt 0)

An welchem Arm wurde gemessen? ☐ Links ☐ Rechts

	Systol. Blutdruck	Diast. Blutdruck	Herzfrequenz
1. Messung			
2. Messung			
3. Messung			

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!