

Zentrums-ID: AUT-

**Stadt:** ..... **Datum der Messung:** .....

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

	<b>Systol. Blutdruck</b>	<b>Diast. Blutdruck</b>	<b>Herzfrequenz</b>
<b>1. Messung</b>			
<b>2. Messung</b>			
<b>3. Messung</b>			

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**