

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 ☐ Nein

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

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

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

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

Wie alt sind Sie (in Jahren)? .....

Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich

Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Fasten sie im Moment? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Diabetes? ☐ Ja ☐ Nein

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

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

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten 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!