



# Nierenzentrum Stuttgart – Vaihingen

Praxis für Nieren-, Herz- und  
Hochdruckkrankheiten, Dialyse

Am Wallgraben 99  
70565 Stuttgart-Vaihingen  
Praxis 0711 745 87-0  
Fax 0711 745 87-30  
[mail@niere-herz.de](mailto:mail@niere-herz.de)  
[www.niere-herz.de](http://www.niere-herz.de)

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Fragen zur Hypertensiologischen Facharztsprechstunde

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Ursache Ihres Bluthochdrucks besser feststellen und um eine möglichst gezielte Behandlung einleiten zu können, bitten wir Sie vorab die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte geben Sie den Bogen anschließend am Empfang ab oder bringen Sie den ausgefüllten **Fragebogen** und die notwendigen **Ergebnisse**, Ihren **Überweisungsschein** und ihre **Versichertenkarte** zu Ihrem Termin mit. Ihr Arzt wird danach ausführlich mit Ihnen sprechen.

1. Seit wann ist ein erhöhter Blutdruck bei Ihnen bekannt?

\_\_\_\_\_

Wird dieser schon medikamentös behandelt?

Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wenn ja, welche Medikamente wurden Ihnen verordnet?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Nehmen sie sonst noch Medikamente? ggf. Bedarfsmedikation (z. B. Schmerzmittel)?

Ja \_\_\_ **bitte Medikamentenplan mitbringen**

Nein \_\_\_

3. Wurde bereits eine Langzeitblutdruckmessung durchgeführt?

Ja \_\_\_ wann? \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

bitte **Ergebnisse mitbringen**

4. Ist Bluthochdruck in der Familie bekannt (Eltern, Geschwister...)?

Ja \_\_\_ bei wem \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_

5. Rauchen Sie? Ja \_\_\_ wieviel \_\_\_\_\_ Stück seit \_\_\_ Jahren  
 Nein \_\_\_  
 Trinken Sie Alkohol? Ja \_\_\_ wieviel in der Woche \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_
6. Sind hohe Cholesterinwerte bekannt? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_
7. Wurde schon einmal eine Nierenerkrankung / Blut oder Eiweiß im  
 Urin bei Ihnen festgestellt?  
 Ja \_\_\_ bitte **Befunde mitbringen** Nein \_\_\_
8. Schnarchen Sie? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_  
 Atemaussetzer nachts? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_  
 Auffällige Tagesmüdigkeit? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_  
 Einnicken tagsüber? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_
9. Tritt in Ruhe und ohne Ärger oder Erregung Herzrasen, starkes  
 Schwitzen oder anfallsartige Blässe auf? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_
10. Essen Sie Lakritze oder trinken Sie süßholzhaltige Tees?  
 Ja \_\_\_ Nein \_\_\_
11. Nehmen Sie Muskelaufbaupräparate oder Mittel zur  
 Leistungssteigerung ein?  
 Ja \_\_\_ welche: \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_
12. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren wesentlich  
 verändert?  
 Ja \_\_\_\_\_ Zunahme \_\_\_\_\_ kg Abnahme \_\_\_\_\_ kg  
 Nein \_\_\_\_\_
13. Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten  
 Ja \_\_\_ welche: \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_