

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Welche Ärzte haben bei Ihnen bereits erhöhte Blutdruckwerte festgestellt?

2. Seit wann ist ein Bluthochdruck bekannt?

Datum: 

--	--	--	--	--	--	--	--

3. Welche Medikamente haben Sie in letzter Zeit eingenommen?

4. Sind weitere Herz-Kreislauf- /oder Stoffwechselerkrankungen bekannt?

5. Der Blutdruck beträgt:

in Ruhe: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm Hg (systolisch/diastolisch)

nach Belastung mit 10 Kniebeugen: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm Hg (systolisch/diastolisch)

6. Pulsschläge pro Minute:

in Ruhe: \_\_\_\_\_ | nach Belastung: \_\_\_\_\_

7. Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung regelmäßig?

Ja       Nein      | ggf. welche Abweichung: \_\_\_\_\_

8. Zusätzliche Angaben: