

# Fragebogen arterielle Hypertonie

Bei ihrer Tochter/ ihrem Sohn wurde ein erhöhter Blutdruck gemessen.

Um genauere Informationen zur Symptomatik zu erhalten und die Dringlichkeit der Vorstellung besser einschätzen zu können, bitten wir Sie, beiliegenden Fragebogen auszufüllen und mit der Überweisung (ggf. Kopie) und eventuellen Vorbefunden an uns zurück zu senden. Wir setzen uns dann mit Ihnen zur Terminvereinbarung in Verbindung.

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Körpergewicht:

Körperlänge:

Umfang des Oberarms (gemessen über dem Bizeps!):

Tel-Nr.:

E-Mail:

Name des Kinderarztes/Überweisers:

Anlass der Blutdruckessung:

beim Arzt/zuhause

## Höhe der gemessenen Blutdruckwerte:

### 1. Familienanamnese

*Leidet ein Familienangehöriger (Geschwister, Eltern, Großeltern)*

*an einer arteriellen Hypertonie (Bluthochdruck)?* ja/nein wer?  
seit welchem Alter?

*Wenn ja, werden Blutdruckmedikamente eingenommen?*

ja/nein welche?

*Leidet oder litt ein Familienangehöriger an einer der folgenden Erkrankungen:*

früher Herzinfarkt (vor dem 60. Geburtstag) ja/nein wer?

früher Schlaganfall (vor dem 70. Geburtstag) ja/nein wer?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja/nein wer?

Fettstoffwechselstörung ja/nein wer?

Adipositas (Übergewicht) ja/nein wer?

erbliche Nierenerkrankungen (z.B. Zystennieren) ja/nein wer?

erbliche Stoffwechselerkrankungen ja/nein wer?

### 2. Schwangerschaft/Geburt

*Gab es während der Schwangerschaft Probleme?* ja/nein welche?

*Erfolgte die Geburt zum errechneten Termin?* ja/nein welche SSW?

*Gab es bei oder nach der Geburt Probleme?* ja/nein welche?

(z.B. Sauerstoffmangel?)

### 3. Eigene Anamnese

*Leidet oder litt ihr Kind an einer der folgenden Erkrankungen:*

Harnwegsinfekte ja/nein wie häufig?

Herzrhythmusstörungen ja/nein

ADS/ ADHS	ja/nein
Epilepsie	ja/nein
Gesichtslähmung (Facialisparese)	ja/nein
Schlafapnoesyndrom	ja/nein
Rheuma	ja/nein
Autoimmunerkrankung	ja/nein

*Klagt ihr Kind über folgende Beschwerden:*

Schmerzen beim Wasserlassen	ja/nein	
häufiges Wasserlassen	ja/nein	
nächtliches Wasserlassen	ja/nein	
Gewichtverlust	ja/nein	wieviel in welcher Zeit?
schnelles Schwitzen	ja/nein	
kalte Hände/Füße	ja/nein	
Kopfschmerzen	ja/nein	wie häufig?
Nasenbluten	ja/nein	wie häufig?
Schwindel	ja/nein	
Sehstörungen	ja/nein	
Krampfanfälle	ja/nein	
Atemnot	ja/nein	
Schnarchen	ja/nein	
Müdigkeit	ja/nein	
Schlafstörungen	ja/nein	

bei Mädchen:

In welchem Alter trat die erste Regel auf?

#### 4. Risikofaktoren/Medikamente

Gibt es Besonderheiten in der Ernährung ihres Kindes?	ja/nein	welche?
Ist Ihr Kind übergewichtig	ja/nein	seit wann?
Ist ihr Kind körperlich fit/normal belastbar?	ja/nein	
Treibt ihr Kind zusätzlich zum Schulsport regelmäßig Sport	ja/nein	welche Sportart?
Raucht ihre Tochter/ihr Sohn?	ja/nein	wieviel?
Trinkt ihre Tochter/ihr Sohn Alkohol?	gelegentlich/regelmäßig/nein	
Nimmt ihre Tochter/ihr Sohn Drogen?	ja/nein	welche?
(z.B. Nahrungsergänzungsmittel, Energy-Drinks?)		

*Nimmt ihr Kind regelmäßig eines der folgenden Medikamente ein:*

Antihypertensiva (Blutdruckmittel)	ja/nein	welche?
Steroide	ja/nein	welche?
Stimulantien (ADHS-Mittel)	ja/nein	welche?
Antidepressiva	ja/nein	welche?
Ovulationshemmer (Pille)	ja/nein	welche?
andere	ja/nein	welche?

**Wir weisen darauf hin, dass das Ausfüllen des Fragebogens freiwillig erfolgt.**

**Vielen Dank!**

**Kinderärzteteam Rostock, Warnowallee 31a, 18107 Rostock**

**Tel. 0381 76011 600, Fax 0381 760116011, Email: [info@kit-rostock.de](mailto:info@kit-rostock.de)**