

Ihr persönlicher Riskiofragebogen

Je früher zu hohe LDL-Cholesterinwerte und ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkannt werden, desto besser.

 Ihre Auswertung:



Dokument ausdrucken und zum Termin mit Ihrem Arzt mitnehmen!

Ihre Antworten

JA	NEIN	UNBEKANNT
----	------	-----------

1. Kennen Sie Ihren LDL-Cholesterinwert („schlechtes Cholesterin“)?

Wenn ja, wie hoch ist dieser? 115 mg/dl // mmol/l

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

2. Wurde Ihnen aufgrund hoher LDL-Cholesterinwerte schon einmal eine Ernährungsumstellung empfohlen?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

3. Nehmen Sie derzeit Arzneimittel zur Behandlung Ihrer zu hohen LDL-Cholesterinwerte, zum Beispiel Statine oder Ezetimib?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

4. Wenn ja, vertragen Sie diese?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

5. Rauchen Sie?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

6. Haben Sie Bluthochdruck?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

7. Sind Sie Diabetikerin bzw. Diabetiker?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

8. Gab oder gibt es in Ihrer Familie bereits Herzinfarkte, Schlaganfälle oder die Schaufensterkrankheit (periphere arterielle Verschlusskrankheit, Abkürzung: pAVK)?

Wenn ja, in welchem Alter traten diese auf?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

9. Wurde bei Ihnen bereits eine Arterienverkalkung (Atherosklerose) festgestellt?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

10. Haben Sie einen oder mehrere Stents (Gefäßstützen in den Herzkranzgefäßen)?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

11. Haben Sie einen oder mehrere Bypässe?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

12. Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

13. Wurde schon einmal ein Schlaganfall festgestellt?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------

14. Wurde bei Ihnen die sogenannte Schaufensterkrankheit (periphere arterielle Verschlusskrankheit, Abkürzung: pAVK) diagnostiziert?

☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------