

# SCHLAGANFALL RISIKO-CHECKLISTE

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

Erkennt man frühzeitig die Risiken an einem Schlaganfall zu erkranken, kann man das Risiko minimieren.

Zu den wesentlichen Risiken gehört:

- Diabetes
- Fettstoffwechselstörung
- Bluthochdruck
- Rauchen
- unregelmäßiger Herzschlag
- Übergewicht
- unausgewogene Ernährung
- Stress
- familiäre Belastung

Füllen Sie diesen Fragenbogen gewissenhaft und umfassend aus und vereinbaren Sie einen Besprechungstermin mit MEDICORTEAM.

Abhängig von der Konstellation und des Risikoprofils erfolgen weitere Untersuchungen. Vorbeugende und therapeutische Maßnahmen werden eingeleitet.

Bei Bedarf erfolgt eine fachspezifische Mitbetreuung.

**Dr. Ph. Veeckman**  
**Dr. G. Schymik**

Devrientstr. 4a  
76185 Karlsruhe

Termin nach Vereinbarung

Tel.: 0721 / 830 906 33  
Mobil: 0171 / 569 58 68  
Fax: 0721 / 830 787 69

E-Mail: info@medicorteam.de  
Web: www.medicorteam.de

**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Nachname:** \_\_\_\_\_  
**Geb.-Dat.:** \_\_\_\_\_  
**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_  
**Mobil:** \_\_\_\_\_  
**Fax:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Familie: Ist in Ihrer Familie bei Verwandten ersten Grades ( Vater, Mutter, Geschister, Kinder) bereits ein Herzinfarkt aufgetreten?**

- ja, vor dem 55. Lebensjahr
- ja, vor dem 70. Lebensjahr
- nein

**Rauchen Sie?**

- nein, ich bin Nichtraucher
- Ich rauche weniger als 20 Zigaretten pro Tag
- Ich rauche 20 Zigaretten oder mehr pro Tag

**Ernähren Sie sich fettarm ( wenn Fette, dann bevorzugt ungesättigte Fette wie z.B. Olivenöl)? Essen sie täglich frisches Obst, Salate und Gemüse, Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte sowie zwei Fischmahlzeiten pro Woche?**

- Praktisch immer
- Häufig
- Eher nicht

**Das richtige Körpergewicht errechnet sich nach dem Body-Mass-Index (BMI). Der BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht (Kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (m<sup>2</sup>).**

Wie viel wiegen Sie (in kg)?

\_\_\_\_\_

Wie groß sind Sie (in m)?

\_\_\_\_\_

Mein BMI (= kg/m<sup>2</sup>):

\_\_\_\_\_

Für Frauen:

- mein BMI ist kleiner als 19
- mein BMI liegt zwischen 19 und 24
- mein BMI liegt zwischen 25 und 30
- mein BMI ist größer als 30

Für Männer:

- mein BMI ist kleiner als 20
- mein BMI liegt zwischen 20 und 25
- mein BMI liegt zwischen 26 und 30
- mein BMI ist größer als 30



# SCHLAGANFALL

## RISIKO-CHECKLISTE

### SEITE 2

**Ernährungsgewohnheiten II: bevorzugen Sie eher deftige Speisen wie rotes oder verarbeitetes Fleisch, Bratwürste, Pommes Frites, Vollmilchprodukte, Sahne, Kuchen, Süßigkeiten, Nachtische?**

- Praktisch immer
- Häufig
- Eher nicht

**Bewegen Sie sich regelmäßig mindestens 20 min am Stück?**

- mindestens ein bis zweimal pro Woche
- mindestens einmal pro Monat
- Seltener als einmal pro Monat

**Cholesterin: Was wissen Sie über Ihre Blutfettwerte?**

- Normal: unten 200 mg/dl bzw 5,2 mmol/l
- Erhöht: 200-280 mg / dl bzw. 5,2-7,25 mmol/l
- Stark erhöht: über 280 mg/dl bzw. 7,25 mmol/l
- Nicht bekannt

**Was wissen Sie über Ihren Blutdruck? Oberer Wert:**

- Unter 140 mmHg
- 140-160 mmHg
- Über 160 mmHg
- Nicht bekannt

**Was wissen Sie über Ihren Blutdruck? Unterer Wert:**

- Unter 90 mmHg
- 90-95 mmHg
- Über 95 mmHg
- Nicht bekannt

**Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Herz häufiger stolpert?**

- ja
- nein

**Herzinfarkt: Wurden Sie bereits wegen eines Schlaganfalles oder Verdacht auf Schlaganfall behandelt?**

- ja
- nein

**Familie: Ist in Ihrer Familie bei Verwandten ersten Grades ( Vater, Mutter, Geschwister, Kinder) bereits ein Herzinfarkt aufgetreten?**

- ja, vor dem 55. Lebensjahr
- ja, vor dem 70. Lebensjahr
- nein

**Rauchen Sie?**

- nein, ich bin Nichtraucher
- Ich rauche weniger als 20 Zigaretten pro Tag
- Ich rauche 20 Zigaretten oder mehr pro Tag

**Ernähren Sie sich fettarm ( wenn Fette, dann bevorzugt ungesättigte Fette wie z.B. Olivenöl)? Essen sie täglich frisches Obst, Salate und Gemüse, Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte sowie zwei Fischmahlzeiten pro Woche?**

- Praktisch immer
- Häufig
- Eher nicht

**Diabetes: Haben Sie erhöhten Blutzucker?**

- Nein
- Ja, aber benötige noch keine Medikamente
- Ja, ich nehme Tabletten für den Blutzucker
- Ja, ich spritze Insulin
- Nicht bekannt

**Stress: Arbeiten Sie dauernd unter Zeitdruck oder Stress?**

- Nein
- Gelegentlich
- Häufig
- Praktisch dauernd

**Beschwerden: Haben Sie bereits kurzzeitig Gefühlstörungen in einem Arm verspürt oder plötzlich mit einem Auge Sehprobleme gehabt?**

- ja
- nein

Datum:

Unterschrift Patient/in:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

