

# Ihr persönlicher Risiko-Check

Das Risiko, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu bekommen, ist bei jedem unterschiedlich. Darum machen Sie jetzt Ihren persönlichen Cholesterin-Check. Werten Sie ihn anschließend gemeinsam mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt aus. Je früher zu hohe LDL-Cholesterinwerte und ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkannt werden, desto besser kann man etwas dagegen tun.



Vorname: ..... Name: .....

weiblich:  männlich:  Alter: .....

JA NEIN UNBEKANT

1. Kennen Sie Ihren LDL-Cholesterinwert („schlechtes Cholesterin“)? Wenn ja, wie hoch ist dieser? ..... mg/dl // ..... mmol/l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wurde Ihnen aufgrund hoher LDL-Cholesterinwerte schon einmal eine Ernährungsumstellung empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen Sie derzeit Medikamente zur Behandlung Ihrer zu hohen LDL-Cholesterinwerte, zum Beispiel Statine (Atorvastatin, Fluvastatin, Pravastatin, Rosuvastatin, Simvastatin) oder Ezetimib?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn ja, vertragen Sie diese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind Sie Diabetikerin bzw. Diabetiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wurde bei Ihnen bereits eine Arterienverkalkung (Atherosklerose) festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie einen oder mehrere Stents (Gefäßstützen in den Herzkranzgefäßen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie einen oder mehrere Bypässe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wurde schon einmal ein Schlaganfall festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wurde bei Ihnen die sogenannte Schaufensterkrankheit (periphere arterielle Verschlusskrankheit, Abkürzung: pAVK) diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>