

MMM26 TEILNEHMER-FRAGEBOGEN

ORT DES SCREENINGS	1a*	Name des Landes:	1b.* Name der Stadt/Gemeinde:			
	2*	ID des Ortes des Screenings (Länder Code und Nummer des Screeningortes) ___ / ___				
	3	Wo ist Ihr Screeningort?	<input type="checkbox"/> Krankenhaus/Praxis <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> Öffentlicher Bereich (im Gebäude) <input type="checkbox"/> Öffentlicher Bereich (draußen) <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz			
	4*	Datum der Blutdruckmessung (TT/MM/JJ)	...DD.../...MM.../...YY...			
Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens stimmen Sie der Verwendung Ihrer anonymisierten Informationen für Zwecke der akademischen Forschung zu. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie die Antwort nicht wissen, lassen Sie das Feld leer. Bitte keinerlei persönliche Daten wie Name, Adresse oder Telefonnummer auf dem Fragebogen vermerken!						
ÜBER DEN TEILNEHMER	5*	Wie alt sind Sie (falls unbekannt bitte schätzen)	Jahre	<input type="checkbox"/> mit x markieren falls Alter geschätzt		
	6*	Welches Geschlecht haben Sie	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Anderes			
	7*	Ethnische Zugehörigkeit** (Selbsteinschätzung)	<input type="checkbox"/> Schwarz <input type="checkbox"/> Weiß <input type="checkbox"/> Südasien <input type="checkbox"/> Südostasien <input type="checkbox"/> Mittlerer Osten <input type="checkbox"/> Gemischt <input type="checkbox"/> Andere			
	8*	Wann wurde zuletzt Ihr Blutdruck (BD) gemessen?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Vor mehr als 12 Monaten <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten 12 Monate			
	9*	Wurde bei Ihnen jemals die Diagnose hoher BD gestellt (außer in der Schwangerschaft)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	10*	Nehmen Sie verschreibungspflichtige Medikamente zur Senkung Ihres Blutdrucks ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht			
	10A*	Falls Sie Frage 10 mit ja beantwortet haben, wieviele unterschiedliche Typen an BD Medikation nehmen Sie ein?***	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Weiß nicht			
	11	Nehmen Sie derzeit die folgenden Medikamente ein	a) Statin. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht b) Aspirin (ASS) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht c) Orale Antikoagulantien (Blutverdünner)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht			
	12*	Falls weiblich, sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht			
	13	Verwenden Sie Tabakprodukte? (z.B. Kautabak, Zigaretten, Zigarren und Pfeifen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - aber in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> Nie			
	14	Verwenden Sie E-Zigaretten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - aber in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> Nie			
	15	Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nie/selten <input type="checkbox"/> 1-3 mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1-6 mal pro Woche <input type="checkbox"/> Täglich			
	16	Wie oft trinken Sie koffeinreiche Getränke? (z.B. Kaffee, Energydrinks wie Redbull)	<input type="checkbox"/> Nie oder < 4 pro Monat <input type="checkbox"/> 1-6 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 1-3 mal pro Tag <input type="checkbox"/> 4+ pro Tag			
	17*	Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht oder wurde bei Ihnen die Diagnose gestellt mit	a) Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> b) Schlaganfall <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein c) Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> d) Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein e) Diabetes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> f) Nierenversagen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	18	Haben Sie ein Elternteil, einen Bruder oder eine Schwester, bei der/die... diagnostiziert wurde?	a) Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht b) Diabetes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht			
	19	Machen Sie mindestens 150 Minuten moderates körperliches Training (z.B. schnelles Gehen) oder 75 Minuten starkes körperliches Training pro Woche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	20	Wussten Sie, daß kaliumreiches (oder natriumarmes) Salz den Blutdruck senken kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	21	Wie viele Schuljahre haben Sie besucht?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 Jahre <input type="checkbox"/> 7-12 Jahre <input type="checkbox"/> Über 12 Jahre			
	22	Verwenden Sie ein BD-Messgerät zu Hause?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ein Oberarmmeßgerät <input type="checkbox"/> Ja, ein Handgelenksmeßgerät			
	22a	Falls Sie Frage 22 mit ja beantwortet haben, wie oft benutzen Sie Ihr BD-Meßgerät?****	<input type="checkbox"/> <1 mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1-3 mal pro Monat <input type="checkbox"/> 1-6 mal pro Woche <input type="checkbox"/> ≥ 1+ pro Tag			
	MESSUNGEN	23*	Gewicht (schätzen, falls nicht gemessen)	Kilogramm (kg)	<input type="checkbox"/> mit x markieren falls Gewicht geschätzt <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
24*		Größe (schätzen, falls nicht gemessen)	Meter (m)	<input type="checkbox"/> mit x markieren falls Größe geschätzt <input type="checkbox"/> Weiß nicht		
25		Taillenumfang (schätzen, falls nicht gemessen)	Zentimeter (cm) OR		<input type="checkbox"/> mit x markieren falls Taillenumfang geschätzt <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
26		Wer ist der Hersteller Ihres Blutdruckmeßgerätes?		<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Anderer		
27			Systolischer Blutdrucks SBP	Diastolischer Blutdruckes DBP	Pulsfrequenz	
	1. Messung					
	2. Messung					

* Das ist eine unbedingt zu beantwortende Frage. Bitte sicherstellen, daß alle diese Fragen beantwortet werden

****Südasien** – Herkunft aus: Indien, Pakistan, Bangladesch, Nepal, Bhutan, Malidiven und Sri Lanka. Südostasien – Herkunft aus allen Ländern östlich des Indischen Sub-Kontinents.

***Das bedeutet wieviele verschiedene Typene an Blutdrucksenkern werden eingenommen z.B. – ACE-Hemmer, Angiotensin-Rezeptor-Blocker, Diuretika, Beta-Blocker, Kalziumkanalblocker, Alpha-Blocker, andere. Bei Unsicherheiten geben Sie die Zahl der verschiedenen Tabletten pro Tag an. (falls Sie die selbe Tablette zweimal pro Tag einnehmen zählt dies nur als eine).

**** Hierbei handelt es sich um die Gesamtzahl der Blutdruckmessungen zu Hause, nicht um die Anzahl der einzelnen Blutdruckmeßwerte.(wenn Sie beispielsweise 2 Meßwerte bei jeder Blutdruckmessung machen)