

Risikotest Herz-Kreislauf

Für Entstehung und Fortschreiten von Herz-Kreislaferkrankungen gibt es eine Anzahl sog. „Risikofaktoren“. Einige davon können Sie selbst zu Ihrem Vorteil beeinflussen, wie Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie Alkohol- und Nikotinkonsum.

Sie interessieren sich für Ihr persönliches Herz-Kreislaferisiko und möchten etwas zur Verminderung dieses Risikos tun? Wir finden das sehr gut und möchten Sie gerne bei Ihrem Engagement unterstützen.

Damit dies optimal möglich ist, bitten wir Sie zunächst, die im Folgenden genannten Fragen - bezogen auf Ihre persönlichen Daten - so genau wie möglich zu beantworten (Zutreffendes bitte ankreuzen, bei einigen Fragen sind auch mehrere Antworten möglich).

Bei Unklarheiten fragen Sie bitte bei uns nach!

Name und Vorname _____ geb. am _____

Risiken		Punkte
1) Geschlecht		
Männlich	<input type="checkbox"/>	2
weiblich	<input type="checkbox"/>	1
2) Alter (in Jahren)		
Bis 30	<input type="checkbox"/>	0
31-40	<input type="checkbox"/>	1
41-50	<input type="checkbox"/>	2
51-60	<input type="checkbox"/>	3
über 60	<input type="checkbox"/>	4
3) Üben Sie vorwiegend sitzende Tätigkeiten aus?		
Nein	<input type="checkbox"/>	0
Ja	<input type="checkbox"/>	1
4) Wie gestalten Sie Ihre Freizeit?		
Regelmäßig Fernsehen und Kino	<input type="checkbox"/>	1
Regelmäßig Musik hören und Faulenzen	<input type="checkbox"/>	1
Regelmäßig Essen gehen	<input type="checkbox"/>	1
Regelmäßig viel Haus- und Gartenarbeit, Heimwerken	<input type="checkbox"/>	- 1
Regelmäßige Spaziergänge und Fahrradtouren	<input type="checkbox"/>	- 1
Regelmäßig Schwimmen, Joggen, Skilanglauf o.ä.	<input type="checkbox"/>	- 1
Regelmäßig Kraftsport	<input type="checkbox"/>	- 1
Regelmäßig Volleyball, Tennis, Squash, Badminton o.ä.	<input type="checkbox"/>	- 1
5) Wie oft betreiben Sie gesundheitsorientierten Sport?		
Mehrmals wöchentlich	<input type="checkbox"/>	- 3
Einmal pro Woche	<input type="checkbox"/>	0
Gelegentlich	<input type="checkbox"/>	2
Nie	<input type="checkbox"/>	3
6) Rauchen Sie?		
Nein	<input type="checkbox"/>	0
Ja, weniger als 10 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>	1
Ja, 10-20 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>	3
Ja, 21-40 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>	6
Ja, mehr als 40 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>	8

7) Ist Ihre Ernährung ausgewogen?		
Ja, ich esse regelmäßig Obst & Gemüse, Vollkornprodukte, aber wenig tierische Fette	<input type="checkbox"/>	- 2
Ich gebe mir Mühe	<input type="checkbox"/>	1
nein	<input type="checkbox"/>	2
8) Wie häufig trinken Sie Alkohol?		
Selten	<input type="checkbox"/>	0
1-3 mal pro Woche mehr als 20 g/Tag (entsprechend 1 Glas Wein oder 1 Glas Bier)	<input type="checkbox"/>	1
4-7 mal pro Woche mehr als 20 g/Tag	<input type="checkbox"/>	2
mehrmals täglich	<input type="checkbox"/>	3
9) Ihr Körpergewicht? (Sollgewicht vereinfacht = Körpergröße in cm minus 100)		
Sollgewicht	<input type="checkbox"/>	- 1
5-10 kg über Sollgewicht	<input type="checkbox"/>	1
11-20 kg über Sollgewicht	<input type="checkbox"/>	3
mahr als 20 kg über Sollgewicht	<input type="checkbox"/>	6
10) Unter welchen Gesundheitsstörungen leiden Sie?		
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	2
Gicht	<input type="checkbox"/>	2
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	2
Keine der Genannten	<input type="checkbox"/>	0
11) Gibt es Fälle von Herzinfarkt oder Schlaganfall in der Familie?		
Nein	<input type="checkbox"/>	0
ja	<input type="checkbox"/>	2
12) Kommen in Ihrer Familie Fettstoffwechselstörungen vor?	<input type="checkbox"/>	
Nein	<input type="checkbox"/>	0
ja	<input type="checkbox"/>	3
14) Wie hoch sind Ihre Blutdruckwerte?		
Bis zu 140/90 mmHg	<input type="checkbox"/>	0
141/91 bis 160/95 mmHg	<input type="checkbox"/>	2
über 160/95 mmHg	<input type="checkbox"/>	4
15) Wie hoch sind Ihre Cholesterinwerte?		
Unter 200 mg/dl	<input type="checkbox"/>	0
200-250 mg/dl	<input type="checkbox"/>	4
über 250 mg/dl	<input type="checkbox"/>	8

Zählen Sie bitte die auf Sie zutreffenden Punkte für Ihr persönlichen Herz-Kreislauf-Risikofaktoren zusammen und ziehen Sie ggf. die Minuspunkte für körperliche Aktivitäten, gesunde Ernährung und Normalgewicht (Schutzpunkte) ab

Gesamtpunkte Risikofaktoren

Abzüglich Schutzpunkte

Gesamt-Herz-Kreislauf-Risiko

-
=

Besprechen Sie bitte das Ergebnis und die sich daraus für Sie persönlich ergebenden Konsequenzen mit uns.
Es lohnt sich – für Ihre Gesundheit und Ihr Leben!

Ihr Praxis-Team

Dr. med. univ. Rudolf Gruber
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Auswertung des Herz-Kreislauf-Risikotests durch den Therapeuten:

Punktzahl	Risiko, an Herz-Kreislaufstörungen zu erkranken
0	Geringes Risiko
1-10	Niedriges Risiko
11-20	Mittleres Risiko
Über 20	Hohes Risiko

Mögliche Konsequenzen im Lebensstilbereich:

Ernährungs-Optimierung
Fettstoffwechsel- und Zucker-Normalisierung
Blutdruckregulierung
Gewichts-Reduzierung
Viel Bewegung
Entspannungstraining
Weniger Nikotin und Alkohol

Herzaktive Mikronährstoffe ergänzen!