

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 Sie zu hohe LDL-Cholesterinwerte und ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkennen, desto besser können Sie etwas dagegen tun.**

Vorname: Name:

Alter: weiblich: männlich:

	J A	NEIN	UNBE- KANNT
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 Ernährungs- umstellung 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), Ezetimib oder PCSK9-Hemmer?	<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 Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Sind Sie Diabetikerin bzw. Diabetiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Gab oder gibt es in Ihrer Familie bereits Herzinfarkte, Schlaganfälle oder die Schau- fensterkrankheit (periphere arterielle Verschlusskrankheit, Abkürzung: pAVK)? Wenn ja, in welchem Alter traten diese auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wurde bei Ihnen bereits eine Arterienverkalkung (Atherosklerose) festgestellt? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Haben Sie einen oder mehrere Stents (Gefäßstützen in den Herzkranzgefäßen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Haben Sie einen oder mehrere Bypässe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Wurde bei Ihnen die sogenannte Schaufensterkrankheit (periphere arterielle Ver- schlusskrankheit, Abkürzung: pAVK) diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Wurde Ihre Halsschlagader schon mit Ultraschall untersucht (Carotis-Check)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Viele wichtige Informationen und kostenlose Broschüren zu den Themen Cholesterin und Herz-Kreislauf-Erkrankungen finden Sie auch auf www.herzschlag-info.at