**SELBSTFÜRSORGE DES BLUTHOCHDRUCKS**

**V2.0 (März 2016)**

*Alle Antworten sind vertraulich.*

Denken Sie darüber nach, wie Sie sich im letzten Monat oder seit unserem letzten Gespräch gefühlt haben, während Sie diese Fragen beantworten.

**SEKTION A:**

Unten sind übliche Anweisungen aufgelistet, die Personen mit Bluthochdruck erhalten. Wie regelmäßig tun Sie das Folgende? Umkreisen Sie eine Zahl für jede Frage.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nie oder selten** | Manchmal | Häufig | Immer oder täglich |
| 1. Ihren Blutdruck überprüfen?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Viel Obst und Gemüse essen?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Körperliche Aktivitäten ausüben?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Termine mit Ärzt:innen oder Pfleger:innen einhalten?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Sich salzarm ernähren?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. 30 Minuten lang Sport treiben?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Medikamente wie verschrieben einnehmen?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Nach salzarmen Lebensmitteln fragen, wenn Sie Essen gehen oder andere besuchen?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Ein System nutzen, das Ihnen hilft, sich an Ihre Medikamente zu erinnern? Zum Beispiel, eine Pillendose oder Erinnerungen nutzen.
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Sich fettarm ernähren?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Versuchen, das Körpergewicht zu reduzieren oder zu kontrollieren?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**SEKTIONSECTION C**:

Im Allgemeinen, wie **zuversichtlich** sind Sie, dass Sie das Folgende können:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nicht zuversichtlich** | **Etwas zuversichtlich** | **Sehr zuversichlich** | **Äußerst zuversichtlich** |
| 1. Ihren Blutdruck kontrollieren?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Ihrem Behandlungsplan folgen?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Veränderungen in Ihrer Gesundheit erkennen?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Veränderungen in Ihrem Blutdruck beurteilen?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Maßnahmen zur Kontrolle Ihres Blutdrucks ergreifen?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Beurteilen wie gut eine Maßnahme wirkt?
 | 1 | 2 | 3 | 4 |