

Fragen zum freiwilligen Fortbildungszertifikat – Fax 089 4147-202

1. Welche der folgenden Substanzklassen ist gemäß den Empfehlungen der deutschen Hochdruckliga nicht Mittel der ersten Wahl zur Behandlung einer Hypertonie?
 - a) Betarezeptorenblocker
 - b) Kalziumantagonisten
 - c) Aldosteronantagonisten
2. Wie hoch ist die Prävalenz der Hypertonie in Deutschland?
 - a) ~10 %
 - b) ~20 %
 - c) ~50 %
3. Welchen Wert sollte die tägliche Kochsalzzufuhr nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) nicht überschreiten?
 - a) 3 g/Tag
 - b) 6 g/Tag
 - c) 10 g/Tag
4. Für welche antihypertensive Medikamentenklasse konnte eine signifikante Reduktion des Neuauftretens von Diabetes mellitus wissenschaftlich belegt werden?
 - a) Angiotensin-Rezeptorblocker
 - b) Betarezeptorenblocker
 - c) Kalziumantagonisten
5. Welches Nahrungsmittel gehört nicht zur DASH-Diät?
 - a) Nüsse
 - b) Geflügel
 - c) Eier
6. Wie sollte eine ambulante Gelegenheitsblutdruckmessung durchgeführt werden?
 - a) am liegenden Patienten nach fünfminütiger Ruhepause
 - b) am sitzenden Patienten nach fünfminütiger Pause bei 90° gebeugtem Arm
 - c) am sitzenden Patienten nach fünfminütiger Ruhepause bei leicht gebeugtem Arm
7. Welcher Zielblutdruck (Gelegenheitsblutdruckmessung) sollte bei Hypertonie und Diabetes angestrebt werden?
 - a) <140/90 mmHg
 - b) <130/80 mmHg
 - c) <120/75 mmHg
8. Ab welchem Mittelwert wird in der ambulanten 24h-Langzeitblutdruckmessung eine Hypertonie diagnostiziert?
 - a) 140/90 mmHg
 - b) 130/80 mmHg
 - c) 120/75 mmHg
9. Welcher Wert ist für das Screening eines primären Hyperaldosteronismus am besten geeignet?
 - a) Messung von Aldosteron im Urin
 - b) Messung von Aldosteron und Kalium im Blut
 - c) Messung des Aldosteron/Renin Quotienten im Blut

10. Welcher tägliche Alkoholkonsum sollte bei Frauen nicht überschritten werden?
- a) 20 g
 - b) 30 g
 - c) 40 g

Fragen-Antwortfeld (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen):

	a	b	c
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zertifikat

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort Fax

Ort, Datum Unterschrift

Zertifizierung

Die Richtigkeit von mindestens sieben Antworten auf dem Bogen wird hiermit bescheinigt.

2.0

Stempel

Bayerische Landesärztekammer, München

Datum Unterschrift