

## Anmeldung zur Lipidsprechstunde

Fax 02421 9484849

Anmeldende Praxis: _____	
Adresse: _____	
Telefonnummer : _____	Faxnummer: _____

Patient Vor- und Nachname: _____		
Adresse: _____		
Telefonnummer: _____	Krankenkasse: _____	Privat <input type="checkbox"/>

### Grund der Überweisung:

- Hypercholesterinämie unter Standardtherapie, kein Erreichen der LDL-Zielwerte
- \_\_\_\_\_

### Anamnese

Diagnose	ja	nein	Erkrankungsbeginn / Details
KHK			
Diabetes			
Nierenerkrankung			
Lebererkrankung			
pAVK			
Apoplex			
familiäre Hypercholesterinämie			

### Laborparameter

	aktueller Wert	letzte Messungen		
Datum				
Gesamtcholesterin				
LDL				
HDL				
Triglyzeride				
Lp(a) falls bekannt				

**Bitte geben Sie den aktuellen Medikationsplan und die Diagnoseliste dem Patienten mit.**

Patient Vor- und Nachname \_\_\_\_\_



**derzeitige lipidsenkende Therapie**

Wirkstoff	Präparat	Dosis	Nebenwirkungen	
			ja	nein
Beschreibung der Nebenwirkung				

**bisherige Statin Therapie**

Wirkstoff	Zeitraum von ... bis ...	maximal verträgliche Dosis	Nebenwirkungen	
			ja	nein
Beschreibung der Nebenwirkung				

Kombination Statin + Ezetimib (Dosis)	Zeitraum von ... bis ...	Nebenwirkungen	
		ja	nein
Monotherapie Ezetimib			
Beschreibung der Nebenwirkung			

**sonstige lipidsenkende Therapie**

Wirkstoff	Zeitraum von ... bis ...	Nebenwirkungen	
		ja	nein
Beschreibung der Nebenwirkung			

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_