

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: _____