

Anmeldung Lipidsprechstunde

Patientenkontakt

Name: _____

Geb.Datum: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Absender

Praxisstempel

Konkrete Fragestellung: _____

Risikoprofil:

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> aHT | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Adipositas |
| | <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II | <input type="checkbox"/> BMI > 30 <input type="checkbox"/> BMI < 30 |
| <input type="checkbox"/> CKD | <input type="checkbox"/> fortgesetzter Nikotinabusus | <input type="checkbox"/> psychiatrische Grunderkrankung |

Stattgehabte Ereignisse:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> pAVK | <input type="checkbox"/> TIA / Apoplex |
|------------------------------|-------------------------------|--|

Präparate, die nicht vertragen werden / abgesetzt wurden:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rosuvastatin | <input type="checkbox"/> Ezetimib |
| <input type="checkbox"/> Atorvastatin | <input type="checkbox"/> Bempedoinsäure |
| <input type="checkbox"/> Simvastatin | |
| <input type="checkbox"/> Fluvastatin | |
| <input type="checkbox"/> Pravastatin | |

Bitte legen Sie einen **aktuellen Medikationsplan** sowie ein **letztes Labor** und relevante **neurologische / kardiologische** und **angiologische** Vorbefunde bei.

Wir werden den Patienten zeitnah einbestellen.

Fax.: 06851 - 9396719