

# Anmeldung zur Lipidsprechstunde

Tel.: 0241-80 80417 Fax: 0241-80 82071

**Anmeldung durch:**

**Tel.-Nr.:**

**Fax-Nr.:**

**Name der Patientin/ des Patienten:**

**Geb.:**

**Bitte aktuellen Medikationsplan und Diagnosenliste/Arztberichte mitfaxen**

Diagnose	ja	nein	Bemerkung
KHK			Bitte HKU-Befund mitfaxen
Diabetes			Erstdiagnose am: _____
pAVK			Bitte Befund mitfaxen
cAVK			Bitte Befund mitfaxen
Apoplex/TIA			Bitte Befund mitfaxen
Pankreatitis			Bitte KH-Bericht mitfaxen

	unbehandelte Werte (wichtig!)
Datum	
LDL-Cholesterin	
Gesamtcholesterin	
HDL-Cholesterin	

	Wert (mg/dl)	Datum
Höchster bekannter Triglyceridwert:		
Niedrigster bekannter Triglyceridwert:		
Höchster bekannter LDL-Wert		
Lp(a): falls bestimmt		

**Bisherige Lipidsenkende Therapie:**

Wirkstoff	Zeitraum (von – bis)	maximal verträgliche Dosis (mg)	Nebenwirkungen	
			nein	ja, welche
Simvastatin				
Pravastatin				
Fluvastatin				
Atorvastatin				
Rosuvastatin				
Ezetimib		10mg		
Bempedoinsäure		180mg		
Nustendi		10/180mg		