UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG

Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin

Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg

Ärztlicher Direktor:

Professor Dr. med. K. Winkler

Lipidambulanz

Ansprechpartner:

**D. Gutenkunst**

**M. Herr**

Telefon 0761 270-33160

Telefax 0761 270-35471

ikcl.lipidambulanz@uniklinik-freiburg.de

ikcl.kim.labormedizin.lipidambulanz@uniklinik-freiburg.de

**Erstvorstellungstermin Lipidambulanz**

**Patientendaten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon/Handy-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Der/Die Patient\*in ist damit einverstanden, per Telefon oder
 E-Mail zwecks Terminvereinbarung kontaktiert zu werden

**Aktuelle Lipidwerte**

Gesamt-Cholesterin (TC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg/dl

LDL-Cholesterin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg/dl

Gesamt-Triglyzeride (TG)/Neutralfette: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg/dl

HDL-Cholesterin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg/dl

Lipoprotein (a) (Lp(a)): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mg/dl

Wann wurden erstmals erhöhte Lipidwerte festgestellt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lipidsenkende Medikamente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktuelle Medikation | Einnahme seit | Verträglichkeit |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Vorheriges Medikament | Einnahmezeitraum (von - bis) | Warum abgesetzt? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Risikoprofil**

KHK / Herzinfarkt nein ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schlaganfall nein ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arterielle Durchblutungsstörung der Beine nein ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bluthochdruck nein ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diabetes mellitus nein ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chronische Nierenkrankheit / Transplantation nein ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pankreatitis nein ja, wann \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anfordernde/r Ärztin/Arzt**

Praxisstempel:

 Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ärztl. Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Praxis-Emailadresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_