

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.
Der/die u.g. Patient*in ist einverstanden, dass seine/ihre Daten an die Lipidambulanz übermittelt werden und dabei eine komplette Anonymität nicht gewährleistet werden kann.



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

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

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: _____