

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Nicht vollständig ausgefüllte Formulare können leider nicht bearbeitet werden. 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.



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

Erstvorstellungstermin Lipidambulanz

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/Handy-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Aktuelle Lipidwerte (Datum: _____)

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	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Arterielle Durchblutungsstörung der Beine	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Chronische Nierenkrankheit / Transplantation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Pankreatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann _____

Anfordernde/r Ärztin/Arzt

Praxisstempel:

Datum: _____

Ärztl. Unterschrift / Stempel: _____