

Anmeldung zur Lipidsprechstunde

Dr. med. Andrea Beigel, Dr. med. Eike Wrenger, Karsten Lürken; Eickenhof 15, 30851 Langenhagen (Hannover)
Tel.: 0511/78 65 6-0, Fax: 0511/78 65 6-25 – E-Mail: praxis@eickenhof-dialyse.de

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Telefon/E-Mail: _____

Hausarzt oder Überweiser: _____

Bitte aktuellen Medikationsplan und Diagnoseliste bzw. vorhandene Arztberichte von Kardiologen / Angiologen / Gefäßchirurgen / Internisten mitbringen. Bitte 12 Stunden vor der Blutentnahme nicht essen, nur Wasser trinken.

Grund der Überweisung: Hypercholesterinämie – unter Standard-Therapie, kein Erreichen der LDL- Zielwerte

oder: _____

Persönliche Angaben

Größe: _____ Meter Gewicht: _____ kg

Sind Sie verheiratet? Ja Nein

Haben Sie Kinder? Ja Nein Wenn ja, wie viele? _____ Stck.

Sind Ihre Kinder gesund? Ja Nein Welche Erkrankungen? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ Stck. Ex-Raucher seit _____

Trinken Sie Alkohol? Gar nicht Gelegentlich Regelmäßig

Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? _____ Rente/Pension seit _____

Aktuelle Beschwerden:

| Diagnose | Ja | Nein | Bemerkung |
|---|----|------|-----------|
| Koronare Herzkrankheit / Herzinfarkt | | | |
| Diabetes mellitus | | | |
| Bluthochdruck | | | |
| Schlaganfall / TIA | | | |
| pAVK / Durchblutungsstörung der Beine | | | |
| Fettstoffwechselstörung | | | |
| Nierenkrankheit | | | |
| Leberkrankheit | | | |
| Übergewicht | | | |
| Hautveränderungen (z. B. Ellbogengelenke, Ferse, Augenlider) | | | |

| Familiengeschichte | Ja | Nein | Bemerkung |
|--|----|------|-----------|
| Familiäre Hypercholesterinämie | | | |
| Todesfälle vor dem 50. LJ in der nahen Verwandtschaft | | | |
| Herzinfarkte, Schlaganfälle, Durchblutungsstörungen in jungen Jahren in der nahen Verwandtschaft | | | |

Anmeldung zur Lipidsprechstunde

| Aktuelle Medikation | Dosierung |
|---------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Allergien/Unverträglichkeiten:

Bisherige Fettsenkende Therapie (Statine, Ezetimib, Bempedoinsäure, Fibrate, Cholestagel, Evolocumab, etc.) (Extrem WICHTIG !!!)

| Wirkstoff | von - bis | max. Dosis | Nebenwirkungen (bitte beschreiben) |
|-----------|-----------|------------|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Laborwerte (oder Befundausdrucke mitbringen)

| Datum | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Gesamt-Cholesterin | | | | | |
| LDL -Cholesterin | | | | | |
| HDL -Cholesterin | | | | | |
| Triglyceride | | | | | |
| Lipoprotein (a) / Lp(a) (falls vorhanden) | | | | | |

Gibt es eine genetische Voruntersuchung ? _____

Wir danken für Ihre Angaben und weisen Sie darauf hin, dass Ihre Angaben freiwillig sind. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. mit dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten durch die Praxis stimme ich zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“ werde ich bei Aufnahme meiner Daten erhalten und ebenfalls unterschreiben.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____