

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? _____

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. Ellenbogen, Ferse, Augenlider)			
Andere Erkrankungen			

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: _____