

Anmeldebogen für Lipid-Ambulanz Cloppenburg

Vor Terminvergabe ist die Zusendung des ausgefüllten Bogens und der entsprechenden Befunde notwendig

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Tel. _____

Größe: _____ cm

Dokumentation der letzten 12 Monate:

	Quartal	I	II	III	IV
	Einheiten				
Gewicht	kg				
Triglyceride					
LDL-Cholesterin					
Lipoprotein a					
Blutzucker					
eGFR (ml/min)	ml/min				
Blutdruck	mmHg				

Nikotin: ☐ ja ☐ nein Diab. Mell. ☐ ja ☐ nein

Letzte Ernährungsberatung am: _____

Frühe (< 60 Jahre) kardiale Ereignisse (KHK, Schlaganfall) bei dem Pat.: ☐ ja ☐ nein

Frühe (< 60 Jahre) kardiale Ereignisse (KHK, Schlaganfall) in der Familie: ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Therapie: Medikationsplan zusenden

Bisherige/frühere Therapie:

Rosuvastatin ☐ Atorvastatin ☐ Simvastatin ☐ Fluvastatin ☐ Pravastatin ☐ Lovastatin ☐

Ezetimib ☐ Bempedoinsäure ☐

Mussten Lipidsenker wegen Unverträglichkeit abgesetzt werden? ☐ ja ☐ nein

Kardiovaskuläre Vorerkrankungen (s.u.): Befunde/Briefe zusenden

KHK ☐ ja ☐ nein Stent ☐ ja ☐ nein ACVB ☐ ja ☐ nein

Z.n. STEMI: ☐ ja ☐ nein Z.n. NSTEMI ☐ ja ☐ nein

pAVK: ☐ ja ☐ nein - Interventionen ☐ ja ☐ nein

Schlaganfall ☐ ja ☐ nein

Plaques Carotiden ☐ ja ☐ nein Stenosen Carotiden? ☐ ja ☐ nein

Interventionen Carotiden? ☐ ja ☐ nein