



cardiologicum.

Cardiologicum Hamburg

Schlossstraße 12

22041 Hamburg Wandsbek

Tel: 040 / 33462 - 0

Fax: 040 / 33462 - 2090

Mail: lipid-ambulanz@cardiologicum.hamburg

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anmeldeformular Lipid-Ambulanz

vorab per Fax an: 040 / 33462 – 2090

oder per Mail an: lipid-ambulanz@cardiologicum.hamburg

Vorstellungsgrund

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie [E78.0] | <input type="checkbox"/> Einschluss in eine klinische Studie: |
| <input type="checkbox"/> Hypertriglyzeridämie [E78.1] | |
| <input type="checkbox"/> Gemischte Hyperlipidämie [E78.2] | <input type="checkbox"/> Prüfung der Indikation zur Lipidapherese |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Hyperlipidämie [E78.4] | <input type="checkbox"/> (V.a.) Statinunverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipoproteinämie(a) [E78.80] | <input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Risikoeinschätzung
(„Primärprävention“) |

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Art. Hypertonus | <input type="checkbox"/> pos. Familienanamnese |
| <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie | <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI ___) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ ___) | <input type="checkbox"/> chron. Niereninsuffizienz (Stadium ___) |
| <input type="checkbox"/> Nikotinkonsum (___ py) | <input type="checkbox"/> Erektile Dysfunktion |

Kardiovaskuläre Erkrankungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit (KHK) | <input type="checkbox"/> pAVK, Stadium ___ |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Myokardinfarkt | <input type="checkbox"/> Z.n. PTA |
| <input type="checkbox"/> Z.n. PTCA | <input type="checkbox"/> cAVK, mit/ohne Stenose |
| <input type="checkbox"/> Z.n. ACVB-OP | <input type="checkbox"/> Z.n. TIA oder Apoplex |



cardiologicum.

nicht-medikamentöse Maßnahmen

Ernährung	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung
	zuletzt am:
Sport	<input type="checkbox"/> Teilnahme an Bewegungsgruppe
	seit:
<input type="checkbox"/> s. Anlagen	

relevante Unverträglichkeiten

Wirkstoff/Präparat	Dosis	Zeitraum	Nebenwirkungen
<input type="checkbox"/> s. Anlagen			

Aktuelle Lipidtherapie

Wirkstoff/Präparat	Dosis	Zeitraum	Nebenwirkungen
<input type="checkbox"/> s. Anlagen			

Weitere Anlagen

<input type="checkbox"/> aktueller Medikationsplan	<input type="checkbox"/> Familienanamnese
<input type="checkbox"/> aktuelles Lipidlabor (inkl. LDL-C, HDL-C, Lp(a), TRG)	<input type="checkbox"/> Humangenetische Vorbefunde

Praxisstempel

Ort, Datum, überweisende(r) Ärztin/Arzt