Anmeldung zur Lipid-Sprechstunde

cardiologicum

Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

LDL-C-Zielwert bekannt?

- ☐ < 40 mg/dl bzw. < 1,0 mmol/l (extrem hohes kardiovaskuläres Risiko) und ≥ 50 % vom Ausgangswert
- ☐ < 55 mg/dl bzw. < 1,4 mmol/l (sehr hohes kardiovaskuläres Risiko) und ≥ 50 % vom Ausgangswert
- ☐ < 70 mg/dl bzw. < 1,8 mmol/l (hohes kardiovaskuläres Risiko) und ≥ 50 % vom Ausgangswert
- ☐ < 100 mg/dl bzw. < 2,6 mmol/l (moderates kardiovaskuläres Risiko)
- ☐ < 116 mg/dl bzw. < 3,0 mmol/l (geringes kardiovaskuläres Risiko)

Unabhängiger kardiovaskulärer Risikofaktor vorhanden?

- ☐ Lp(a) > 50 mg/dl (>105 nmol/l)

Anamnese: Bestehende vaskuläre Erkrankungen / sonstige kardiovaskuläre Risikofaktoren

	Ja	Nein	Wann?
Myokardinfarkt	☐	☐	
KHK	☐	☐	
pAVK	☐	☐	
ischämischer Schlaganfall	☐	☐	
TIA	☐	☐	
Carotisstenose	☐	☐	
Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2)	☐	☐	
chronische Nierenerkrankung	☐	☐	
Arterielle Hypertonie	☐	☐	
Familienanamnese bzgl. kardiovaskulärer Ereignisse und Familenanamnese bzgl. Hypercholesterinämie/Lp(a)	☐	☐	
sonstige CV-Risikofaktoren	☐	☐	

Blutfettwerte der letzten Messungen¥

☐ mg/dl ☐ mmol/l Datum:	
Gesamtcholesterin	
LDL-Cholesterin	
HDL-Cholesterin	
Triglyzeride	
Lp(a)	

Anmeldung zur Lipid-Sprechstunde

cardiologicum

Diätetische Maßnahmen ☐ **ja, seit** _____ ☐ **nein**

Bisherige lipidsenkende Therapie

Präparat	seit	Dosis (aktuell)				Nebenwirkungen	
						Ja	Nein
☐ Rosuvastatin		☐ 5 mg	☐ 10 mg	☐ 20 mg	☐ 40 mg	☐	☐
☐ Atorvastatin		☐ 10 mg	☐ 20 mg	☐ 40 mg	☐ 80 mg	☐	☐
☐ Pravastatin		☐ 10 mg	☐ 20 mg	☐ 30 mg	☐ 40 mg	☐	☐
☐ Ezetimib		☐ 10 mg				☐	☐
☐ Bempedoinsäure		☐ 180 mg				☐	☐
☐ sonstige LLT		Dosis:				☐	☐
Welche?							

¥ = Sofern kürzlich bestimmt.

CV = kardiovaskulär; **HDL-C** = Lipoprotein-Cholesterin hoher Dichte; **KHK** = koronare Herzkrankheit; **LDL-C** = Lipoprotein-Cholesterin niederer Dichte; **LLT** = lipidsenkende Therapie; **mAB** = monoklonaler Antikörper; **Lp(a)** = Lipoprotein(a); **pAVK** = periphere arterielle Verschlusskrankheit; **TIA** = transitorische ischämische Attacke.

Bemerkungen

Ort: _____ Datum: _____

Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes: