

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus.
 Der/die u.g. Patient*in ist einverstanden, dass seine/ihre Daten an die Lipidambulanz übermittelt werden und dabei eine komplette Anonymität nicht gewährleistet werden kann.



Erstvorstellungstermin Lipidambulanz

Patientendaten:

Name, Vorname: _____
 Adresse: _____

 Geburtsdatum: _____
 Telefon/Handy-Nr.: _____
 E-Mail-Adresse: _____

Der/Die Patient*in ist damit einverstanden, per Telefon oder E-Mail zwecks Terminvereinbarung kontaktiert zu werden

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG

Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin

Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg

Ärztlicher Direktor:
 Professor Dr. med. K. Winkler

Lipidambulanz

Ansprechpartner:
D. Gutenkunst
M. Herr

Telefon 0761 270-33160

Telefax 0761 270-35471

ikcl.lipidambulanz@uniklinik-freiburg.de

Aktuelle Lipidwerte

Gesamt-Cholesterin (TC): _____ mg/dl
 LDL-Cholesterin: _____ mg/dl
 Gesamt-Triglyzeride (TG)/Neutralfette: _____ mg/dl
 HDL-Cholesterin: _____ mg/dl
 Lipoprotein (a) (Lp(a)): _____ mg/dl
 Wann wurden erstmals erhöhte Lipidwerte festgestellt? _____

Lipidsenkende Medikamente

Aktuelle Medikation	Einnahme seit	Verträglichkeit
Vorheriges Medikament	Einnahmezeitraum (von - bis)	Warum abgesetzt?

Risikoprofil

KHK / Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Arterielle Durchblutungsstörung der Beine	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Chronische Nierenkrankheit / Transplantation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____
Pankreatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann _____

Anfordernde/r Ärztin/Arzt

Praxisstempel:

Datum: _____

Ärztl. Unterschrift / Stempel: _____

Praxis-Emailadresse: _____