

Lipidsprechstunde Fragebogen

Vor-/Nachname: _____ Datum: _____

Hausarzt/Überweiser: _____ Überweisungsgrund: _____

Größe: _____ Meter Gewicht: _____ Kg Alter: _____ Jahre

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?
Bluthochdruck			
Diabetes mellitus			
Chronische Nierenerkrankung			
Schilddrüsenerkrankung			
Koronare Herzerkrankung (Herzinfarkt, Bypass-OP, Stent)			
Schlaganfall			
Liegt eine Wandverdickung an der Halsschlagader vor?			

Leiden Sie unter arteriellen Durchblutungsstörungen an den Beinen?		Wenn ja, wurden Gefäßerweiterungen und/oder Operationen durchgeführt?	
Ja	Nein	Ja	Nein

Sind folgende Laborwerte bei Ihnen erhöht?	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?	Tragen Sie den letzten Laborwert ein:
Cholesterin				
Triglyceride				
Lipoprotein (a)				

Erkrankten Ihre leiblichen Eltern oder Geschwister vor dem 60. (Frauen) oder 55. (Männer) Lebensjahr an folgenden Erkrankungen?	Ja	Nein	Unbekannt	Verwandschaftsgrad
Herzinfarkt				
Schlaganfall				
Fettstoffwechselstörungen				

Rauchen Sie aktuell oder haben Sie geraucht?	Wenn ja, wie viele Packungen am Tag und über welchen Zeitraum?		
Ja	Nein		

Bestehen Unverträglichkeiten von cholesterinsenkenden Medikamenten?		Wenn ja, gegen welches Medikament und welche Nebenwirkungen sind aufgetreten?	Zeitraum der Einnahme	Dosierung
Ja	Nein			

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein und wenn ja, welche?	

Bringen Sie bitte zum Labortermin folgende Unterlagen mit:

- Aktuellen Medikamentenplan
- Alle vorhandenen Laborbefunde im Verlauf – insbesondere Fettwerte (vom Hausarzt/Kardiologen)
- Relevante Befunde – falls vorhanden
- Eine 24 Stunden LZ-Blutdruckmessung – falls vorhanden

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 Datenschutzu“ habe ich erhalten und zur Kenntniss genommen. Neben der Berichterstattung an den überwiesenen Arzt stimme ich auch der Berichterstattung an meinen Hausarzt zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____