Zentrum für Innere Medizin

Klinik für
**Innere Medizin III**

Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Thorsten Keßler

UKS
Universitätsklinikum des Saarlandes

**Anmeldeformular zu unserer Lipidambulanz:**

Fax: **06841 / 16 15393** *oder* Email: **lipidambulanz@uks.eu**

*Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Anmeldebogen bei der Terminvergabe berücksichtigt werden können!*

**Anmelder / Praxisanschrift:**

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

**Patientendaten:**

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Körpergewicht: _____ BMI: _____

**Grund der Vorstellung:**

☐ Führend Cholesterinerhöhung / V.a. familiäre letzter LDL-Wert: _____mg/dl

☐ Lipoprotein (a)-Erhöhung: _____mg/dl oder _____ nM/l

☐ Führend Hypertriglyzeridämie, letzter TG-Wert: _____mg/dl *nüchtern?* ☐ Ja ☐ Nein

**Relevante Vordiagnosen (bitte entsprechende Vorbefunde beilegen):**

☐ KHK Falls zutreffend: ☐ Z.n. Myokardinfarkt Wann: _____
☐ Z.n. PCI ☐ Z.n. ACB-OP

☐ pAVK Falls zutreffend: ☐ Z.n. PTA ☐ Z.n. Bypass-OP

☐ bekannte Carotisstenosen / -plaques:

☐ Z.n. Schlaganfall

☐ Diabetes mellitus ☐ Typ I ☐ Typ II

☐ Art. Hypertonie

☐ Nikotinabusus ☐ Alkoholabusus ☐ Z.n. Pankreatitis

**Klinische Angaben:**

☐ Ernährungsberatung bereits nachweislich erfolgt?
*(siehe Info der Lipid-Liga e.V.: https://www.lipid-liga.de/images/PDF/cardiovasc11.pdf)*

☐ Unverträglichkeiten gegenüber lipidsenkender Medikation (Falls ja, welche? _____)

**Zusätzlich zum Anmeldebogen sind eine aktuelle Medikationsliste, aktuelle Laborwerte *(Gesamtcholesterin, LDL-C, HDL-C, Non-HDL-C, Triglyzeride, Lp(a))* sowie relevante kardiologische und angiologische Vorbefunde beizufügen.**

**Bei Minderjährigen bitte direkte Kontaktaufnahme mit der hiesigen Kinderklinik.**