



Patientenfragebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____._____._____

Datum des Besuches: _____._____._____

Größe _____ m , Gewicht _____ kg Taillenumfang _____ BMI: _____

Blutdruck _____ / _____ mmHg, Fußpulse re _____ li _____ (wird von Ambulanz eingetragen)

Datum der letzten Blutentnahme: _____._____._____

- Gesamt-Cholesterin _____
- LDL _____
- HDL _____
- Triglyceride _____
- Lipoprotein(a) _____ mg/dl nmol/l (zutreffende Einheit unterstreichen)
- Non-HDL _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Bitte alle Medikamente vollständig auflisten!

Name	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Haben Sie die Medikamente vertragen? ja nein, folgende Probleme sind aufgetreten:

Ernährungsberatung ja wann _____ wo _____
 nein

Patientenfragebogen für die LIPID-AMBULANZ

Seite 2 nur bei Erstvorstellung

Ist bei Ihnen eine Herz- oder Gefäßerkrankung bekannt? ja nein

Falls Sie keine Befunde mitgebracht haben, bitte angeben welche: _____

Andere wichtige Erkrankungen (Neurologisch, Leber, Magen-Darm-Trakt, Tumore):

Familiengeschichte – bitte ankreuzen / eintragen

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern	Andere
Cholesterin nicht bekannt					
Hohes Cholesterin bekannt?					
Herzinfarkt? Wie alt dabei ca.?					
Schlaganfall? Wie alt dabei ca.?					
Hohes „Lipoprotein(a)“ bekannt?					
Xanthelasmen / Xanthome?					
Krebsleiden / Gerinnungsstörung?					

Haben Sie Kinder? nein ja, Alter: _____, _____, _____, _____

Hohes Cholesterin bei einem Kind? nein unbekannt ja, bei: _____

Welche Risikofaktoren bestehen bei Ihnen:

- Rauchen ja nein früher (Jahr des Rauch-Stopp) _____
- Bluthochdruck ja nein mit Tabletten behandelt
- Diabetes ja nein mit Tabletten behandelt mit Insulin behandelt
- Beruf _____
- Wieviel Sport 0-1x/Woche 2-3x/Woche >3x /Woche
- Sportart _____
- Trinken Sie Alkohol? ja nein Wie oft pro Woche? _____

Welche „Fettsenker“ wurden bereits ausprobiert und nicht vertragen?

- Atorvastatin Rosuvastatin Omega-3-Fettsäuren
- Simvastatin Ezetimib Colestyramin / Cholestagel
- Fluvastatin Kombinationspräparate Nicotinsäure
- Pravastatin Fenofibrat / Bezafibrat Andere: _____