

Anamnese – Begleitblatt

Datum:

Name: _____

Grund der Überweisung:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Alter:

1. Welcher Wert ist bei Ihnen erhöht ?
 - Cholesterin
 - Triglyceride
 - Beides
2. Seit wann ist Ihnen die Erhöhung der Blutfette bekannt?

3. Erkrankten Ihre leiblichen Eltern / Geschwister vor dem 65. Lebensjahr an einem Herzinfarkt und/oder Schlaganfall?
 - Ja
 - Nein
4. Familienanamnese: Ist eine Fettstoffwechselstörung in Ihren leiblichen Eltern / Geschwistern bekannt?
 - Ja bei wem ?
 - Nein
 -
5. Haben Sie hohen Blutdruck?
 - Ja ,
 - Seit wann und womit wird er behandelt?
 - Ist der Blutdruck gut eingestellt?
 - ja
 - nein
 - Nein
6. Haben sie Diabetes?
 - Ja
 - Wie ist der letzte HbA1c Wert?
 -
 - Nein
7. Haben Sie eine Schilddrüsen Über oder Unterfunktion ?
 - Ja
 - Nein
8. Rauchen Sie aktuell?
 - Ja
 - Nein

Haben Sie geraucht?

von wannbis wann.....

Wieviel Packungen / Tag

9. Welche Erkrankungen bestehen bei Ihnen?

Diagnose	ja	nein	Seit wann
Herzinfarkt , Stent. Bypassoperation			
Hochdruck			
Gicht			
Diabetes			
Nierenerkrankung			
Lebererkrankung			
Arterielle Durchblutungsstörungen an den Beinen			
Apoplex			
Familiäre Hypercholesterinämie			
Arterielle Durchblutungsstörung an der Halsschlagader			

10. Wie sind Ihre Blutfette wenn Sie keine Medikamente einnehmen?

	Wert aktuell	letzte Messungen			
Datum					
Gesamtcholesterin					
LDL					
HDL					
Triglyzeride					
Lp(a) wenn bestimmt					

11. Aktuelle medikamentöse Therapie

Stoffklasse	Präparat	Dosis	Nebenwirkungen	
			ja	nein

12. Bisherige Statintherapie

Wirkstoff	von-bis (Zeitraum)	maximal verträglich	Nebenwirkungen	
			ja	nein
Atorvastatin (Sortis)				
Simvastatin				
Pravastatin				
Rosuvastatin (Crestor)				
Fluvastatin				
Fenofibrat Bezafibrat				
Ezetrol Roter Reis				
Beschreibung Nebenwirkung				

Ist der CK Wert (Muskelwert) jemals bestimmt worden

- Ja
- Nein
- Wenn ja wie hoch war er?.....

14. Haben sie bekannte Medikamentenallergien ? wenn ja auf welche Mediklamente

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum Gesprächstermin mit
 Vielen Dank für Ihre Mühe
 Ihre Lipidambulanz

Bemerkungen: