

# Anamnese – Begleitblatt

Datum :

Name des Patienten : \_\_\_\_\_

**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 wann .....bis 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 Hyper- cholesterinämie			
Arterielle Durchblutungsstörunegn 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: