

Anmeldeformular zu unserer Lipidambulanz Fax-Hotline: 06841 / 16 – 15995

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

Dr. med. Anke Nigge
Leiterin der Lipidambulanz

Gebäude 41.1, D-66421 Homburg
Telefon 0 68 41 / 16 – 15000
(nur Arzt-zu-Arzt-Gespräch)
Fax 0 68 41 / 16 – 15175
E-Mail Anke.Nigge@uks.eu

Anmelder / Praxisanschrift:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Lipidambulanz-Termine Tel – 1 59 99
Fax – 1 59 95

Stationen

Intensivstation (ICU / ICM) Tel – 1 52 00
Heart Failure Unit (HFU) Fax – 1 52 25

Station 8 (Wahlleistung) Tel – 1 58 00
Fax – 1 52 45

Station 5 (Normal Care) Tel – 1 55 00
Fax – 1 52 73

Patientendaten:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Zentrale Patientenmeldung
(ambulant / stationär) Tel – 1 59 99
Fax – 1 59 95

Geburtsdatum: _____ Körpergewicht: _____ BMI: _____

Spezialambulanzen Tel – 1 52 40
Fax – 1 53 90

Grund der Vorstellung:

- Führend Cholesterinerhöhung / V.a. familiäre Hypercholesterinämie
letzter LDL-Wert: _____ mg/dl
- Lipoprotein (a)-Erhöhung: _____ mg/dl oder _____ nM/l
- Lipoproteinapherese
- Führend Hypertriglyzeridämie, letzter TG-Wert: _____ mg/dl nüchtern? Ja Nein
- Bitte Lipidlabor mitsenden
(Gesamt-Cholesterin; LDL-C; HDL-C; Triglyceride; Lp(a) falls vorhanden)

Privatambulanz Tel – 1 50 31
Fax – 1 50 32

Klinisches Studienzentrum
Tel – 2 14 14
Fax – 2 14 15

Relevante Vordiagnosen (bitte jeweilige Vorbefunde beilegen):

- KHK Falls zutreffend: Z.n. Myokardinfarkt Z.n. PCI Z.n. ACB-OP
- pAVK Falls zutreffend: Z.n. PTA Z.n. Bypass-OP
- bekannte Carotisstenosen / -plaques: Z.n. Insult
- Diabetes mellitus Typ I Typ II
- Nikotinkonsum Alkoholkonsum
- 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>)

(Zutreffende(s) Feld(er) bitte ankreuzen! Bitte Anmeldebogen, aktuelle Medikationsliste, aktuelles Labor, relevante Vorbefunde (Kardiologe, Angiologe) beifügen)

Nicht tolerierte Therapie

Präparat	Behandlungszeitraum (von – bis)	Dosis	Nebenwirkungen	
			JA	NEIN

Aktuelle Therapie

Präparat	Behandlungszeitraum (von – bis)	Dosis	Nebenwirkungen	
			JA	NEIN

Fragestellung:

Empfehlungen der Lipidambulanz / Procedere: (Bitte nicht ausfüllen)

Anmerkungen: Die Wartezeit für eine reguläre Erstvorstellung beträgt momentan ca. **6 – 9** Monate.

Im Internet finden Sie unter www.uks.eu/Kardiologie Informationen zum Thema Fettstoffwechselstörungen, die regelmäßig aktualisiert werden. Die aktuellste Version dieses Formulars steht auf unserer Homepage unter dem Punkt *Formulare* zum Download bereit.