

Patientenfragebogen

Name: _____ Geburtsdatum: ____.

Datum des Besuches: ____.

Größe _____ m, Gewicht _____ kg
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)

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:

Patientenfragebogen für die LIPID-AMBULANZ

Seite 2 nur bei Erstvorstellung

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

Welche: _____

Andere Erkrankungen:

Familiengeschichte – bitte ankreuzen/ eintragen

	Mutter	Vater	Geschwister	Eltern der Mutter	Geschwister der Mutter	Eltern des Vaters	Geschwister des Vaters
Cholesterin nicht bekannt							
Hohes Cholesterin							
Herzinfarkt							
Alter bei Herzinfarkt							
Schlaganfall							
Hohes Lp(a)							
Hautveränderungen							
Sonstige Besonderheiten Familie							

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? _____