

Anamnesebegleitblatt

zur Überweisung eines Patienten

Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____

Grund der Überweisung

Hypercholesterinämie/gemischte Dyslipidämie, unter Standardtherapie kein Erreichen der LDL-Zielwerte von:

- < 55 mg/dl bzw. < 1,4 mmol/l (sehr hohes kardiovaskuläres Risiko)
 < 70 mg/dl bzw. < 1,8 mmol/l (hohes kardiovaskuläres Risiko)

Fragestellung

Indikation für PCSK9-Inhibitor oder Lipidapherese? Mit der Bitte um Mitbehandlung!

Anamnese: Bestehende vaskuläre Erkrankungen/sonstige kardiovaskuläre Risikofaktoren

	Ja	Nein	Bemerkung
Myokardinfarkt			
KHK			
symptomatische pAVK			
ischämischer Schlaganfall			
TIA			
Carotisstenose			
Diabetes mellitus (Typ 1 oder 2)			
chronische Nierenerkrankung			

Blutfettwerte der letzten Messungen

Datum			
	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
Gesamtcholesterin			
LDL-Cholesterin			
HDL-Cholesterin			
Triglyzeride			
Lp(a)*			
Non-HDL-Cholesterin*			
Apolipoprotein B*			

*wenn bestimmt

Diätetische Maßnahmen ja, seit _____ nein
Bisherige lipidsenkende Therapie

Präparat	seit	Dosis (aktuell)	Dosisanpassung		Nebenwirkungen	
			Ja	Nein	Ja	Nein

Bemerkungen

Ort: _____ Datum: _____

Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes: _____