

## Anmeldeformular Lipidstoffwechsel

Bitte den Anmeldebogen anhand von bekannten Daten und Informationen ausfüllen.

### Patientendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

☐ Der/Die Patient\*in ist damit einverstanden, per Telefon oder E-Mail zwecks Terminvereinbarung kontaktiert zu werden



**Universitätsklinikum  
Tübingen**

### Medizinische Klinik

Abteilung Innere Medizin IV  
Diabetologie  
Endokrinologie  
Nephrologie

Telefon: 07071 29-86005

Fax: 07071 29-5644

[Ambulanz4@med.uni-tuebingen.de](mailto:Ambulanz4@med.uni-tuebingen.de)

### Anthropometrische Daten:

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>  
Höchstes Gewicht in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_ kg

### Angaben zum Lebensstil

Alkoholkonsum ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig  
Nikotinkonsum ☐ nie ☐ ehemals, beendet seit \_\_\_\_\_ ☐ ja, seit \_\_\_\_\_  
Ernährungsberatung erfolgt ☐ nein ☐ ja  
Körperliche Bewegung ☐ nein ☐ wenig Bewegung ☐ mehrfach pro Woche: \_\_\_\_\_

### Laborwerte: - bitte jeweils Laborwerte (im Nüchternzustand) beifügen -

Untenstehende Werte ☐ ohne ☐ mit lipidsenkender Therapie:  
Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl    Harnsäure: \_\_\_\_\_ mg/dl  
LDL-Cholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl    HbA<sub>1c</sub>: \_\_\_\_\_ %  
HDL-Cholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl    Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl  
Triglyzeride: \_\_\_\_\_ mg/dl    eGFR: \_\_\_\_\_ ml/min  
Lipoprotein (a): \_\_\_\_\_ mg/dl    GPT: \_\_\_\_\_ U/l  
Kreatinkinase (CK): \_\_\_\_\_ U/l    TSH: \_\_\_\_\_ µU/ml  
Wann wurden erstmals erhöhte Lipidwerte festgestellt? \_\_\_\_\_

### Aktuelle und bisherige lipidsenkende Therapie: - bitte Medikationsplan beifügen, falls vorhanden -

| Wirkstoffgruppe   | Wirkstoff | Dosis | Einnahmezeitraum | Verträglichkeit bzw. wieso abgesetzt |
|-------------------|-----------|-------|------------------|--------------------------------------|
| Statin            |           |       |                  |                                      |
| Ezetimib          |           |       |                  |                                      |
| Bempedoinsäure    |           |       |                  |                                      |
| Fibrate           |           |       |                  |                                      |
| PCSK9-Inhibitor   |           |       |                  |                                      |
| Omega-3-Fettsäure |           |       |                  |                                      |

### Gendiagnostik:

Genetische Diagnostik erfolgt ☐ nein ☐ ja \_\_\_\_\_

Bitte Anmeldebogen ausgefüllt, Medikationsliste, aktuelles Labor (wenn möglich auch Initiallabor) und relevante Vorbefunde beifügen.

## Anmeldeformular Lipidstoffwechsel

Bitte den Anmeldebogen anhand von bekannten Daten und Informationen ausfüllen.

### Vorerkrankungen/ Risikoprofil: - bitte jeweils Vorbefunde beifügen -

|                                                 |                                   |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bluthochdruck                                   | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja, seit _____                                                                               |
| Diabetes mellitus                               | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja, seit _____<br><input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ2               |
| Koronare Herzerkrankung                         | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja, seit _____<br><input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Bypass-OP          |
| Cerebrale Atherosklerose                        | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja, seit _____<br><input type="checkbox"/> Plaque <input type="checkbox"/> relevante Stenose |
| Schlaganfall                                    | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja, wann _____                                                                               |
| Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja, seit _____<br><input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> OP                 |
| Aneurysma der Bauchaorta                        | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja, seit _____                                                                               |
| Pankreatitis                                    | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> ja, wann _____                                                                               |
| Leber                                           | <input type="checkbox"/> Steatose |                                                                                                                       |

### Familienanamnese

Fettstoffwechselstörungen bei erstgradig Verwandten:

☐ Hypercholesterinämie, wer? \_\_\_\_\_

☐ Hohe Triglyceride, wer? \_\_\_\_\_

Frühe kardiovaskuläre (KHK, Schlaganfall, Atherosklerose) oder gehäufte Krankheiten (Pankreatitis) bei erstgradig Verwandten (Frauen < 60 J., Männer < 55J.):

☐ nein ☐ ja: \_\_\_\_\_

### Fragestellung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Anfordernde(r) Ärztin/Arzt, Kontaktdaten

Stempel der Einrichtung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ärztliche Unterschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_