

Zuweisung zur Lipidambulanz

Name: _____
 Geburtsdatum: _____
 SV-Nr.: _____
 Telefonnr.: _____

Klin. Abt. f. Endokrinologie und Diabetologie

Leiter: Univ.-Prof. Dr. Thomas Pieber

Ambulanz für Diabetes, Lipid- und Stoffwechselkrankheiten

Leiter: Univ.Prof. PD Dr. Harald Sourij, MBA

Tel. +43 (316) 385-13270

Fax +43 (316) 385-14332

diabetes.ambulanz@uniklinikum.kages.at

BITTE AUSFÜLLEN UND AN UNS ZURÜCKSENDEN!

JA	NEIN	ZUM ANKREUZEN MIT BESCHREIBUNG ZUR VERVOLLSTÄNDIGUNG				
		Vorhergehendes kardiovaskuläres Ereignis / atherosklerotische Erkrankung				
		<input type="checkbox"/> KHK:	<input type="checkbox"/> Myokardinfarkt Datum _____	<input type="checkbox"/> PTA/Stent/CABG Datum _____	<input type="checkbox"/> andere	
		<input type="checkbox"/> zAVK:	<input type="checkbox"/> Insult Datum _____	<input type="checkbox"/> PTA/Stent/PTA Datum _____	<input type="checkbox"/> andere	
		<input type="checkbox"/> pAVK:	<input type="checkbox"/> Amputation Datum _____	<input type="checkbox"/> PTA/Stent/Bypass Datum _____	<input type="checkbox"/> andere	
		LDL-C _____ mg/dl / Triglyceride _____ mg/dl am _____				
		Unter folgender Therapie: Substanz(en) _____ , Dosis _____				
		Aktuelle lipidsenkende Therapie:				
		ES BESTEHEN UNVERTRÄGLICHKEITEN GEGEN:				
		Substanz	Max. Dosis (mg)	Myalgien	Hepatopathie	Max. CK/ALT- Wert (U/l)
		Atorvastatin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Rosuvastatin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Simvastatin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

WIRD VOM LKH-UNIV.
KLINIKUM AUSGEFÜLLT

Termin: _____

Blutabnahme (nüchtern): _____

Ärztliche Besprechung: _____