

Geschlecht weiblich männlich divers unbestimmt unbekannt

Adresse/ Stempel Einsender

Name, Vorname

Adresse

PLZ/ Ort

Anamnesebogen

Fettstoffwechselstörungen

Familienanamnese Verwandte 1. Grades

Eigenes Kind <18 Jahre mit LDL-Cholesterin >95. Perzentile	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Eltern, Geschwister, oder Kinder mit Sehnenxanthomen oder Arcus lipoides	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Eltern, Geschwister, Kinder >18 Jahre mit LDL-Cholesterin >95. Perzentile	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
frühzeitige KHK, CVE oder pAVK (Männer <55 Jahre, Frauen <60 Jahre)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Eigenanamnese

Größe: _____

Gewicht: _____

Raucher*in:

nein ja

übermäßiger Fleischkonsum:

nein ja

regelmäßiger Sport:

nein ja

übermäßiger Alkoholkonsum:

nein ja

Laborbefunde und Medikation

(bitte Tabelle ergänzen oder Befunde beilegen sofern vorhanden)

Parameter:	aktueller Befund	1. Vorbefund vom:	2. Vorbefund vom:
Gesamt-Cholesterin (mg/dl)			
LDL-Cholesterin (mg/dl)			
HDL-Cholesterin (mg/dl)			
Triglyzeride (mg/dl)			

Hinweis auf Hyperchylomikronämie/ lipämisches Serum? nein ja Wurde bereits ein LipoDens®-Lipoproteinprofil durchgeführt? nein ja (bitte Befund beilegen sofern vorhanden)

Erfolgt bereits eine Behandlung mit Statinen, Fibraten oder ähnlichem?

Nein ja mit: _____ Dosis: _____ seit: _____

Weitere Medikamente: _____

Grunderkrankungen

Diabetes mellitus	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Typ: _____
gestörte Glukosetoleranz	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Insulinresistenz	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
stammbetonte Adipositas	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Niereninsuffizienz/ Mikroalbuminurie (>20µg/min)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Arcus lipoides (<45 Jahre)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Sehnenxanthome	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
KHK	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Alter bei Diagnosestellung: _____
CVE oder pAVK	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Alter bei Diagnosestellung: _____