

# Lipidnetzwerk Bottrop



Fragebogen zur Erstvorstellung beim Facharzt oder Lipidambulanz wegen Fettstoffwechselstörung:

Name, Vorname.....

Geburtsdatum.....

Gewicht.....kg      Größe.....cm      BMI.....

- Herzinfarkt      Jahr .....
- Raucher      Packyears .....
- Schlaganfall      Jahr .....       Bluthochdruck      Jahre .....      Werte ..... mm/Hg
- Verkalkung am Herz/KHK      Jahr .....       Zuckerkrank      Jahre .....      Werte ..... HbA1C
- Schaufensterkrankheit/pAVK      Jahr .....       Nierenkrank      Jahre .....      Werte ..... eGFR ml/Min

**Aktuelle Laborwerte** Datum..... LDL-C.....mg/dl      Triglyceride.....mg/dl      HDL-C.....mg/dl      Lp(a).....mg/dl  
 LDL-C Wert vor Therapie.....      Gesamtcholesterin .....       Laborwertebrett       Medikamentenplan

**Kardiovaskuläre Erkrankung der Eltern/Geschwister**

- Mutter       Herzinfarkt       Schlaganfall      Vater       Herzinfarkt       Schlaganfall
- Geschwister       Herzinfarkt       Schlaganfall

**Tabletten bislang & aktuelle Therapie**      LDL-Zielwert:      ≤ 55 mg/dl      ≤ 70 mg/dl      ≤ 100 mg/dl und      50% Senkung vom Ausgangswert

| X | Statine ankreuzen  | Maximale Dosis in mg | Zeitraum von Monat/ Jahr bis | Monate | LDL-C Wert | Nicht vertragen wegen/Legende | Besserung nach Pausieren | Besserung nach Dosisanpassung |
|---|--------------------|----------------------|------------------------------|--------|------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
|   | Rosuvastatin       |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Atorvastatin       |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Fluvastatin        |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Pravastatin        |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Simvastatin        |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Ezetimib           |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Bempedoin          |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Bempedoin-Ezetimib |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Fibrate            |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Colesevelam        |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   | Colestyramin       |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |
|   |                    |                      |                              |        |            |                               |                          |                               |

**Legende Unverträglichkeiten der Lipidtherapie**

- 1 = Muskelbeschwerden    2 = Darmbeschwerden    3 = CK-Erhöhung    4 = Gelenkbeschwerden  
 5 = Hepatisch    6 = Zielwert nicht erreicht    7 = Sonstige Unverträglichkeit

- Oral austherapiert       **Ernährungsberatung**.....Jahr      **Umsetzung Ernährung**  
 Ja       Nein

Datum/Stempel/Unterschrift