

Terminvereinbarung in der Lipidambulanz für Erstvorstellungen

Bitte diesen Bogen an die Lipidambulanz faxen. Faxnummer: 0931/201-6039212

Email: stoffwechselambulanz@ukw.de

Vorname/Nachname:				
Geburtsdatum:		männlich <input type="radio"/>	weiblich <input type="radio"/>	divers <input type="radio"/>
Straße, PLZ, Wohnort:				
Telefonnummer des Pat.:				
E-Mail-Adresse des Pat.:				

Zuweisender Arzt (mit Telefon- und Fax-Nr.):	
---	--

Praxisstempel

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

Grund der Vorstellung:

Hyperlipidämie:	<input type="checkbox"/> Triglyceride	<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> Lp(a)
-----------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

Folgende Unterlagen sind unbedingt mitzufaxen:

LABORWERTE, MEDIKAMENTENPLAN und kardiologische VORBEFUNDE

Eine Bearbeitung des Bogens ist ohne diese Unterlagen leider nicht möglich!

Bitte alle bisher eingenommenen lipidsenkenden Medikamente aufführen:

Medikament/(max.) Dosis:	Therapiedauer:	erzielter Wert:	Abbruchgrund:

weitere Diagnosen:	
Fragestellung	

Vielen Dank für die Anfrage. Unser Team wird sich mit dem Patienten in Verbindung setzen.