

Bitte diesen Bogen an die Lipidambulanz faxen oder mailen.

Faxnummer: 0931/201-6039212

Patientendaten

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.:		Handy:			
E-Mail-Adresse des Pat.:					

Zuweisender Arzt:					
TelefonNr.:					

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 auflisten:

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

weitere Diagnosen:	
---------------------------	--

Fragestellung	
----------------------	--

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