

ZUWEISUNG

Lipidambulanz LKH Villach

Vorstand: Prim. Univ.-Prof. Dr. Sabine Horn

Ambulanz Leitung: OÄ Dr. Karin Filipic (Vertretung Ass. Dr. J. Sanin)

DaMe-ID: KH832568
Mailadresse interne.villach@kabeg.at
Bitte im Betreff angeben: Lipidambulanz

Patientendaten (inkl. Telefonnummer)	
Vorliegende Erkrankung/ Indikation für Lipidsenkung	<input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> PAVK <input type="checkbox"/> Zentrale AVK <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Befund ergeht an	
Zuweisungsgrund 1. Insuffizientes Ansprechen auf Vorbehandlung über 3 Monate _____	<input type="checkbox"/> Atorvastatin oder Rosuvastatin <input type="checkbox"/> Ezetimib <input type="checkbox"/> Bempedoinsäure _____
2. Statinunverträglichkeit (Anstieg der Kreatinkinase (CK) oder Hepatopathie) _____	<input type="checkbox"/> Myalgie oder Hepatopathie, CK _____ U/l, GPT _____ U/l _____
3. Familiäre Hypercholesterinämie (gesichert oder DLCNS ≥ 6 Punkte)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt

Daten und Vorbefunde	<input type="checkbox"/> Größe _____ cm, Gewicht _____ kg <input type="checkbox"/> Blutdruck _____ mmHg Nikotin: <input type="checkbox"/> positiv (_____ Zigaretten/Tag über _____ Jahre) <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> Nichtraucher seit _____	
Aktuelles Labor unbehandelt/nach Therapie	Gesamtcholesterin, HDL-C, LDL-C, Triglyzeride, Kreatinkinase, GGT, ALT, AST, Bilirubin ges., HbA1c; wenn vorhanden: Lpa – kann auch älter sein LABOR BITTE BEILEGEN!	
Prämedikation		
Ambulanztermin (Bitte alle relevanten Vorbefunde mitbringen!)		Vergeben von

Prim. Univ.-Prof. Dr. Sabine Horn

OÄ Dr. Karin Filipic