

Praxis für Nieren- und Hochdruck- krankheiten Dr. med. Hans-Jürgen Guth Dr. med. Nils Bordihn Dr.med. Michael Schneider Ziegelhof 30 – 17489 Greifswald	Patientenfragebogen Hyperlipidämie	CI 1.7.6
--	---	----------

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Überweisungsdiagnose: _____,
Seit wann ist die Fettstoffwechselstörung bekannt? _____

1. Größe: _____ cm, aktuelles Gewicht: _____ kg, Maximalgewicht (wann): _____ kg _____ Jahr

2. Risikofaktoren

nein ja

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus): seit wann _____ Typ 1 , Typ 2, Insulin seit _____
- Bluthochdruck (arterielle Hypertonie): seit wann _____
- Nierenschwäche: seit wann _____
- Herzschwäche (Herzinsuffizienz): _____ seit wann _____ Belastbarkeit: _____
- sonstiges: Gicht, Schilddrüsenunterfunktion, angeborene Erkrankung, _____

3. Gesicherte vaskuläre Erkrankung:

nein ja

- Durchblutungsstörung Herz: Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Katheter, Stent, Bypass?
Details, wann: _____
- Durchblutungsstörung Gehirn: Verengung Halsschlagader (Karotisstenose), Bewusstlosigkeit,
kurz- oder längerfristige neurologische Ausfälle, Schlaganfall
Details, wann: _____
- Durchblutungsstörung Beine (pAVK): Schaufensterkrankheit, Katheter, Stent, Bypass?)
Details, wann: _____, Schmerzfremie Gehstrecke _____ m
- Durchblutungsstörung Nieren oder Nierenarterie: Details, wann: _____

4. Andere Erkrankungen:

- akute Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) nein ja, wie oft _____
- chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung nein ja, seit wann _____
- Gallensteine nein ja, seit wann _____
- Gallenblasenentfernung nein ja, wann _____

Traten neben diesen Erkrankungen weitere Beschwerden auf, die NICHT als Krankheit diagnostiziert wurden:

- Oberbauchschmerzen nein ja, wie oft: _____, erstmalig: _____
- kolikartige Oberbauchschmerzen: nein ja, wie oft: _____, erstmalig: _____
- Weitere Erkrankungen _____

5. Lebensstil

- Alkohol: nein ja, seit wann _____
- bis ca. 1 l Bier (2 Flaschen) oder 1 l Wein pro Woche (<100g/Woche)
- bis ca. 5 l Bier (< 2 Flaschen pro Tag) oder 2,5 l Wein pro Woche (<250g/Woche)
- bis ca. 7 l Bier (2 Flaschen pro Tag) oder 3,5 l Wein pro Woche (<350g/Woche)
- mehr als ca. 7 l Bier (2 Flaschen pro Tag) oder 3,5 l Wein pro Woche (>350g/Woche)

Nikotin: aktuell: nein ja; früher: nein ja, Begonnen am _____; Beendet am: _____
 Anzahl Zigaretten Zigarren Pfeifen pro Tag: _____ über Anzahl Jahre: _____

Genussmittelkonsum letzte 5 Jahre: verringert erhöht nicht verändert gewechselt

Ernährungsumstellung begonnen?: nein ja,
 wenn ja welcher Art: kohlenhydratarm fettarm andere Form _____

Dabei wurde bisher, seit _____ (Monat/Jahr Diätbeginn) das Gewicht um _____ kg reduziert.

Sportliche Aktivität?: nein ja, welche: _____

6. Familienanamnese

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Onkel, Tanten, Kinder) kardiovaskuläre Krankheiten wie Herzenge (Angina pectoris), Herzinfarkt, Herzkatheter mit Stent, Schlaganfall oder Beinarterienverschlüsse auf? Wie alt waren die Betroffenen bei den ersten Beschwerden? Gab es betroffene Frauen unter 60 Jahren oder betroffene Männer unter 55 Jahren?

nein ja Details: _____

Haben Sie Blutsverwandte mit Hypercholesterinämie, kombinierte Hyperlipidämie, Hypertriglyzeridämie nein ja; Details: _____

7. Medikamenteneinnahme

Haben Sie vorher blutfettsenkende Medikamente eingenommen? nein ja Geben Sie bitte an welche und in welcher Dosierung und ob Nebenwirkungen aufgetreten sind

Wirkstoff	Eingesetzt Von ... bis ...	Max. eingesetzt Dosis	LDL unter max. Dosis	Nebenwirkung oder Wechsel, weil

8. Ist eine Blutfettsenker-Unverträglichkeit (Statin-Unverträglichkeit) bekannt?

- nein ja Grund: _____
- nein ja
- Beschwerden an Oberschenkel-, Schulter- oder Oberarmmuskel
 - Symptome erstmals mit Beginn der Statineinnahme: nach ____ Wochen
 - Besserung nach Absetzen: nach ____ Wochen
 - Symptome treten innerhalb von 4 Wochen nach erneuter Statin-Einnahme wieder auf
 - isolierte CK-Wert-Erhöhung größer 4x oberer Referenzbereich (falls bekannt)
 - Einnahme von Blutverdünner, Immunsuppression, Antibiotikum, Fibrat: _____

9. Allergien: nein ja Details: _____

10. Aktuelle Medikamente und Dosierung (falls kein Medikamentenplan vorliegt):