

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Telefon:**

**Hausarzt, Überweiser:**

Standort Lohbrügge  
Alte Holstenstraße 16  
21031 Hamburg  
T +49 (0) 40 739 240 60  
F +49 (0) 40 739 240 70

Standort Billstedt  
Möllner Landstraße 27  
22111 Hamburg  
T +49 (0) 40 650 16 89  
F +49 (0) 40 650 53 404

- Vorerkrankungen:**  koronare Herzkrankheit  arterielle Verschlusskrankheit  
 Schlaganfall  Diabetes mellitus  Bluthochdruck  Nierenerkrankung

Andere Erkrankungen:

Erkrankungen in der Familie:

**Aktuelle Medikation**

Präparat	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Bemerkungen

**Bisher erhaltene Lipidsenker mit Dosierung und Zeitraum der Verordnung:**

**Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten:**

Simvastatin Pravastatin Atorvastatin Rosuvastatin Fluvastatin Ezetimib Nilemdo, Nustendi  
 Repatha Praluent Leqvio

Welche Nebenwirkungen sind aufgetreten: Leberschaden Muskelschmerzen andere:

Andere Medikamentenunverträglichkeiten und Allergien:

**Bitte Rückseite beachten !**

**Bemerkung:** Bitte sorgfältig ausfüllen und zurücksenden. Übergeben Sie bitte den Fragebogen an Ihren Hausarzt mit der Bitte um Weiterleitung an uns, wenn Sie die erforderlichen Informationen nicht verfügbar haben.

Bitte fügen Sie zur Einschätzung folgende Unterlagen bei:

- Laborwerte Fettstoffwechsel
- Arztbrief vom Kardiologen ( mit Dopplersono der Halsarterien )
- bei familiärer Fettstoffwechselstörung : Befunde Genetik Fettstoffwechsel