

## 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

<b>Patientendaten</b> (inkl. Telefonnummer)	
<b>Vorliegende Erkrankung/ Indikation für Lipidsenkung</b>	<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:
<b>Befund ergeht an</b>	
<b>Zuweisungsgrund</b>  1. Insuffizientes Ansprechen auf Vorbehandlung über 3 Monate _____  2. Statinunverträglichkeit (Anstieg der Kreatinkinase (CK) oder Hepatopathie) _____  3. Familiäre Hypercholesterinämie (gesichert oder DLCNS $\geq 6$ Punkte)	<input type="checkbox"/> Atorvastatin oder Rosuvastatin <input type="checkbox"/> Ezetimib <input type="checkbox"/> Bempedoinsäure  <input type="checkbox"/> Myalgie oder Hepatopathie, CK _____ U/l, GPT _____ U/l _____  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt

<b>Daten und Vorbefunde</b>	<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 _____	
<b>Aktuelles Labor unbehandelt/nach Therapie</b>	Gesamtcholesterin, HDL-C, LDL-C, Triglyzeride, Kreatinkinase, GGT, ALT, AST, Bilirubin ges., HbA1c; wenn vorhanden: Lpa – kann auch älter sein  <b>LABOR BITTE BEILEGEN!</b>	
<b>Prämedikation</b>		
<b>Ambulanztermin</b> (Bitte alle relevanten Vorbefunde mitbringen!)		Vergeben von

Prim. Univ.-Prof. Dr. Sabine Horn

OÄ Dr. Karin Filipic