

Anmeldende Praxis:																																											
Telefonnummer/Faxnummer:																																											
Patient Vor- und Nachname:																																											
Geburtsdatum																																											
Adresse:																																											
Telefonnummer:																																											
Krankenkasse:																																											
Grund der Überweisung:																																											
Bitte unbedingt angeben																																											
Diagnosenliste:	(KHK? Diabetes? Nierenerkrankung? Lebererkrankung? pAVK? Apoplex? Familiäre Hypercholesterinämie?)																																										
(Alternativ aktueller Arztbrief mit Entsprechender Diagnosenliste)																																											
Aktueller Medikamentenplan	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Medikament</th> <th style="width: 10%;">Morgens</th> <th style="width: 10%;">Mittags</th> <th style="width: 10%;">Abends</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Medikament	Morgens	Mittags	Abends																																			
Medikament	Morgens	Mittags	Abends																																								
Unverträglichkeiten:																																											
Größe:	cm																																										
Gewicht:	kg																																										
Laborparameter:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Aktueller Wert</th> <th colspan="2">Ausgangswert vor Therapie</th> </tr> <tr> <th>Datum</th> <th>Wert</th> <th>Datum</th> <th>Wert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gesamtcholesterin</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>LDL-Cholesterin</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>HDL-Cholesterin</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Triglyceride</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Lp(a) falls bekannt</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>HbA1c falls bekannt</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Aktueller Wert		Ausgangswert vor Therapie		Datum	Wert	Datum	Wert	Gesamtcholesterin					LDL-Cholesterin					HDL-Cholesterin					Triglyceride					Lp(a) falls bekannt					HbA1c falls bekannt				
						Aktueller Wert		Ausgangswert vor Therapie																																			
					Datum	Wert	Datum	Wert																																			
Gesamtcholesterin																																											
LDL-Cholesterin																																											
HDL-Cholesterin																																											
Triglyceride																																											
Lp(a) falls bekannt																																											
HbA1c falls bekannt																																											
(alternativ Kopie von Laborwerten, bitte wenn möglich aktuelle Werte und Ausgangswerte vor Therapie)																																											