

Krankengeschichteerhebung Fettstoffwechselstörungen

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen besteht der Verdacht auf eine Fettstoffwechselstörung. Um eine optimale Beurteilung ihrer persönlichen Aspekte und nachfolgend eine adäquate Therapie zu ermöglichen ist eine Erhebung aller bestehenden Risikofaktoren notwendig.

Wir bitten sie deshalb folgende Fragen nach bestem Wissen zu beantworten.
Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen.

1. Gewicht: _____ kg
2. Höchstes Gewicht in der Vergangenheit: _____ kg
3. Größe: _____ cm

Alkohol: nein ja

wenn ja, seit wann (Monat/Jahr): _____/ _____

gering (< 100 g Alkohol ca. 2 l Bier; 1 l Wein/ pro Woche)
mäßig (< 250 g Alkohol ca. 5 l Bier; 2,5 l Wein/ pro Woche)
stark (> 350 g Alkohol ca. 7 l Bier; 3,5 l Wein/ pro Woche)

Nikotin: nein ja

wenn ja, seit wann (Monat/Jahr): _____/ _____

Anzahl der Zigaretten pro Tag: _____ Stück

Anzahl der Pfeifen pro Tag: _____ Stück

Anzahl der Zigarren pro Tag: _____ Stück

Aufgegeben am (Monat/Jahr): _____/ _____

Wurde bereits eine Ernährungsumstellung begonnen: nein ja

wenn ja, welcher Art:

- kohlenhydratarm
 fettarm
 andere Formen _____

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

Besteht derzeit eine sportliche Aktivität:

nein ja

Wenn ja, wie viele Stunden/Woche treiben Sie Sport?

Gibt es in ihrer Familie bei Blutsverwandten eine Fettstoffwechselstörung?

nein ja

Wenn ja, kennen sie die Art der Hyperlipidämie bei Blutsverwandten:

Cholesterinerhöhung Triglyzeriderhöhung

Bitte kreuzen sie die betroffenen erkrankten Personen an und dokumentieren ggf. das bereits erlittene Ereignis mit der Angabe des Lebensalters, des Blutsverwandten zum Ereignis (Herzinfarkt, Schlaganfall, Gefäßverschlüsse):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Mutter |
| <input type="checkbox"/> Großvater (väterlicherseits) | <input type="checkbox"/> Großvater (mütterlicherseits) |
| <input type="checkbox"/> Großmutter (väterlicherseits) | <input type="checkbox"/> Großmutter (mütterlicherseits) |
| <input type="checkbox"/> erkrankte Brüder | <input type="checkbox"/> erkrankte Schwestern |

Beantworten Sie nun folgende Fragen zu Ihrer eigenen Krankengeschichte

Leiden sie unter erhöhtem Blutdruck (Hypertonie)

nein ja wenn ja, seit wann (Monat/Jahr): ____/ ____

Wenn ja, führen sie häusliche Blutdruckmessungen durch? nein ja

Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) diagnostiziert worden?

nein ja wenn ja, seit wann (Monat/Jahr): ____/ ____

Ist eine Erkrankung der Gefäße bekannt (periphere arterielle Verschlusskrankung)?

nein ja wenn ja, seit wann (Monat/Jahr): ____/ ____

Herzinfarkt:

nein ja wenn ja, wann (Monat/Jahr): ____/ ____

Schlaganfall

nein ja wenn ja, wann (Monat/Jahr): ____/ ____

Ist eine Erkrankung der Nieren bekannt?

nein ja wenn ja, seit wann (Monat/Jahr): ____/ ____

**Welche Medikamente zur Senkung der Blutfette haben sie bisher eingenommen?
Besonders wichtig, ist genaue zeitliche Dokumentation/Dosisangabe aller bisher
durchgeführten lipidsenkenden Therapien? Welche Nebenwirkungen haben zum Absetzen
des Medikamentes geführt**

Medikament	von	bis	mg	Nebenwirkungen
Simvastatin				
Atorvastatin				
Pravastatin				
Fluvastatin				
Rosuvastatin				
Ezetrol				
Bezafibrat				
Fenofibrat				

**Geben sie hier bitte alle zum aktuellen Zeitpunkt von Ihnen eingenommenen
Medikamente an**

Datum, Ort

Unterschrift