

Anmeldungen erbeten unter:

Mail: medizin2@salk.at

Fax: 05-7255/25777

Zuweisung zur

LEQVIO Evaluierung
PCSK9-Hemmer Evaluierung

Arztstempel

Name Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Der Termin wird dem Patienten direkt mitgeteilt!

Ja	Nein	ZUM ANKREUZEN MIT BESCHREIBUNG ZUR VERVOLLSTÄNDIGUNG																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Primäre Hypercholesterinämie; Sekundärprävention nach akutem kardiovaskulären Ereignis <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt Datum: _____ <input type="checkbox"/> PTA/Stent/CABG Datum: _____ <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> zAVK <input type="checkbox"/> Insult Datum: _____ <input type="checkbox"/> PTS/Stent/PTA Datum: _____ <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> pAVK <input type="checkbox"/> Amputation Datum: _____ <input type="checkbox"/> PTA/Stent/Bypass Datum: _____ <input type="checkbox"/> andere _____																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LDL Cholesterin ≥ 70 mg/dl unter maximal tolerierter Kombinationstherapie LDL-C _____ mg/dl am _____ unter folgender Therapie: Substanz(en) _____, Dosis _____																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ezetrol wurde versucht (zwingend) Es bestehen Unverträglichkeiten gegen: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Substanz</th> <th>max. Dosis (mg)</th> <th>Myalgien</th> <th>Hepatopathie</th> <th>max. CK/ALT-Wert (U/l)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atorvastatin (zwingend)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rosuvastatin (zwingend)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Simvastatin</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Substanz	max. Dosis (mg)	Myalgien	Hepatopathie	max. CK/ALT-Wert (U/l)	Atorvastatin (zwingend)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rosuvastatin (zwingend)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Simvastatin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Substanz	max. Dosis (mg)	Myalgien	Hepatopathie	max. CK/ALT-Wert (U/l)																							
Atorvastatin (zwingend)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Rosuvastatin (zwingend)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Simvastatin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Professionelle Ernährungsberatung erfolgt																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patient raucht nicht oder Tabakrauchabstinenz wird angestrebt																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontrollierter Blutdruck: _____ mmHg																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Diabetes Mellitus, HbA1c (< 8%)																									