

Anmeldungen erbeten unter:

Mail: [medizin2@salk.at](mailto: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												
		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> KHK</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Myokardinfarkt Datum: _____</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> PTA/Stent/CABG Datum: _____</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> andere _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> zAVK</td> <td><input type="checkbox"/> Insult Datum: _____</td> <td><input type="checkbox"/> PTS/Stent/PTA Datum: _____</td> <td><input type="checkbox"/> andere _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pAVK</td> <td><input type="checkbox"/> Amputation Datum: _____</td> <td><input type="checkbox"/> PTA/Stent/Bypass Datum: _____</td> <td><input type="checkbox"/> andere _____</td> </tr> </table>	<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"/> 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 $\geq$ 70mg/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 style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Substanz</th> <th style="width: 15%;">max. Dosis (mg)</th> <th style="width: 15%;">Myalgien</th> <th style="width: 15%;">Hepatopathie</th> <th style="width: 15%;">max. CK/ALT-Wert (U/l)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atorvastatin (zwingend)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rosuvastatin (zwingend)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Simvastatin</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><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%)
--------------------------	--------------------------	-------------------------------------