

Fragebogen für Patienten mit Fettstoffwechselstörungen und deren Zuweiser

Liebe Patienten, sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bei Ihnen ist die Therapie mit einem neueren innovativen Cholesterinsenker (PCSK9-Hemmer oder Inclisiran) vorgesehen. Um die Indikation hierfür stellen zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen, da die Medikamente nicht unerhebliche Kosten verursachen und wir im Falle einer Überprüfung durch die Krankenkasse eine lückenlose Dokumentation nachweisen müssen. Aus diesem Grunde müssen vorab sämtliche anderen Medikamente versucht (mindesten 4 verschiedene Medikamente über mindestens 12 Monate) und diese Therapien auch dokumentiert worden sein.

Die nachfolgenden Fragen sollten daher von Ihnen oder Ihrer/ Ihrem Hausärztin / -arzt bitte komplett ausgefüllt werden.

Wurde bereits eine Ernährungsberatung durchgeführt? Ja Nein

Folgende Medikamente wurden im Vorfeld bereits eingenommen (Zeitraum, warum beendet?):

- | | | |
|--------------------------|----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Pravastatin | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Fluvastatin | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Simvastatin | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Atorvastatin | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Rosuvastatin | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ezetimib | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Bempedoinsäure | _____ |

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin bei uns alle verfügbaren Blutwerte, v.a. die Cholesterinwerte inklusive LDL-Cholesterin mit.

Für Ihre Mitarbeit danken wir Ihnen herzlich!

Dr. med. Matthias Beringer & Dr. med. Heike Hellbauer