

Patientenfragebogen

--Bitte ausgefüllt zum Arztbesuch mitbringen--

Name: _____

Vorname: _____

aktuelle Medikamente und Dosierung:

Größe: _____

Gewicht: _____

Allergien: nein / ja: _____

Nikotin: nein / ja: _____ Zigaretten pro Tag
 seit:

Seit wann ist die Fettstoffwechselstörung bekannt? _____

Welche cholesterinsenkenden (bzw. triglyzeridsenkenden) Medikamente haben Sie bisher eingenommen? Welche Nebenwirkungen traten auf?

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Onkel, Tanten, Kinder) Herz-und Gefäßkrankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Beinarterienverschlüsse, Angina pectoris (auch Bypass-Operationen) auf?

Bisherige Operationen: