

Anfordernde:r Ärztin : Arzt

Name _____

Adresse _____

An die

Univ.-Klinik für Innere Medizin III -

Kardiologie und Angiologie

z. H. Univ.-Prof. Guy Friedrich/ PD Dr. Markus Theurl, PhD, et al.

6020 Innsbruck · Anichstraße 35

✉ lki.me.kardiolid@tirol-kliniken.at

← Patient:innen-Daten hier anführen

m w d

Name _____ Geschlecht _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Allg. Geb.-Kl. Sonder Geb.-Kl. Selbstzahler:in

Klin. Hinweis
bzw. Diagnose

Prüfung und Erstverordnung parenterale Lipidtherapie

Gewünschtes Präparat: Leqvio® Praluent® Repatha®

Indikation: _____

(Sekundärprävention nach akutem atherosklerotisch-ischämischem Ereignis, koronar, zerebrovaskulär, peripher-arteriell)

LDL-C [mg/ dl] _____ am _____ ; Lp(a) _____ [mg/ dl oder nmol/ l]

Gemäß Erstattungstext bei LDL-C ≥ 70 mg/ dl; lt. ESC 2019 Leitlinien ist ein LDL-C < 55 mg/ dl bzw. Non-HDL-C < 85 mg/ dl
UND mindestens 50 %-Senkung des LDL-Cholesterins anzustreben.

Unter maximal tolerierter oraler Kombinationstherapie (≥ 3 Monate) mit

Atorvastatin oder Rosuvastatin **ODER** Unverträglichkeit von Atorvastatin UND Rosuvastatin

Ezetimib Bempedoinsäure

Aktueller Laborbefund inkl. Lipidprofil liegt bei!

E-Mail-Adresse für Rückantwort: _____

Datum _____

Signatur anfordernde:r Fachärztin : Facharzt für IM

Sehr geehrte Kollegin : Sehr geehrter Kollege,

angesichts der vorliegenden Befunde der o.g. Patientin : des o.g. Patienten
wird die Indikation zur parenteralen Lipidtherapie

Bestätigt NICHT bestätigt

Innsbruck, am _____

Signatur