

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Vorerkrankungen: <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> Adipositas	Aktuelle Blutwerte (nicht älter als 3 Monate): <input type="checkbox"/> LDL: _____ mg/dl <input type="checkbox"/> HDL: _____ mg/dl <input type="checkbox"/> Cholesterin gesamt: _____ mg/dl <input type="checkbox"/> HbA1c: _____ %
Bildgebung vorhanden: <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> CT-A <input type="checkbox"/> MR-A <input type="checkbox"/> Sonstiges	Aktuelle Medikation: <input type="checkbox"/> Orale Antikoagulation <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Doppelte Plättchenhemmung <input type="checkbox"/> Statin
Klinischer Befund und Gefäßpathologie (inkl. Graduierung der Stenose mittels NASCET):	
Fragestellung:	
Sonstige Anmerkungen:	
Zuweisender Kollege (Name inkl. Rückrufnummer):	