

Praxis/Klinik
(Stempel)

--

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) _____ - _____
interne Pat.-Nr. _____

Datum ____/____/____

Körperliche Untersuchung

Gewichtkg

Bauchumfang (in Nabelhöhe):cm

Griffstärke:kg.....kg.....kg

Immer die **stärkere Hand** messen; Rechtshänder meist rechte Hand; Linkshänder meist linke Hand!

Blutdruck:mmHg

Puls:

Patient kam nüchtern zur Blutabnahme?

nein

ja

Patientenfragebogen ausgefüllt?

nein

ja

Fragebogen ausgefüllt?

Auf Vollständigkeit überprüfen!

LABORPARAMETER (Aktuelle Laborwerte bzw. letzte Werte seit FU Monat 6)

Bitte Laborbefund faxen und / oder Werte eintragen!

	Datum (ttmmjj)	HB (g/dl)	Leukoz (10 ³ /µl)	Lymphoz (10 ³ /µl)	Thromboz (10 ³ /µl)	Cholest (mg/dl)	HDL (mg/dl)	LDL (mg/dl)	Triglyc (mg/dl)
Aktuelle Befunde									

	Datum (ttmmjj)	Krea (mg/dl)	G-GT (U/l)	GPT (ALT) (U/l)	GOT (AST) (U/l)	Bili gesamt (mg/dl)	Glucose (mg/dl)	HbA1c (%)
Aktuelle Befunde								

Praxis/Klinik

(Stempel)

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) _____ - _____

interne Pat.-Nr. _____

Datum ____/____/____

Nur für HIV-Patienten

LABORPARAMETER

Bitte Laborbefund faxen und / oder Werte eintragen!

Aktuelle antiretrovirale Therapie

- ART-naiv
- Pause
- ja, welche
-

	Datum (ttmmjj)	CD4 abs. (1/ μ l)	CD4 rel. (%)	HIVPCR (Kopien/ml)	b DNA (Kopien/ml)	Bei HBV- Koinfektion: HBV VL (Kopien/ml)	Bei HCV- Koinfektion: HCV VL (Kopien/ml)
Monat 12							