

Anmeldeformular Osteodensitometrie (DXA)

PATIENTIN / PATIENT

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____ Tel. Mobile: _____
 Strasse / Nr: _____ PLZ / Ort: _____
 Krankenversicherung: _____

TERMIN

Termin vereinbart am _____ Patientin / Patient bitte aufbieten _____

<p>INDIKATIONEN (krankenkassenpflichtig)</p> <p><input type="checkbox"/> Klinisch manifeste Osteoporose (= Osteoporose mit Fraktur)</p> <p><input type="checkbox"/> Fraktur ohne adäquates Trauma <input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Schenkelhals <input type="checkbox"/> Peripher</p> <p><input type="checkbox"/> Hypogonadismus</p> <p><input type="checkbox"/> Primärer Hyperparathyreoidismus</p> <p><input type="checkbox"/> Langzeitglucocorticoid-Medikation (> 3 Monate)</p> <p><input type="checkbox"/> Malabsorption, chronisch entzündliche Darm-erkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)</p> <p><input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfecta</p> <p><input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Aromatasehemmer (postmenopausal) oder GnRH-Analagon + Aromatasehemmer (prämenopausal)</p> <p><input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle bei Osteoporose unter Therapie (alle 2 Jahre) Ort / Datum letzte Untersuchung</p>	<p>INDIKATIONEN (nicht krankenkassenpflichtig)</p> <p><input type="checkbox"/> Risikofaktoren für Osteoporose. Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperthyreose</p> <p><input type="checkbox"/> Immobilisation</p> <p><input type="checkbox"/> Suspektes Röntgenbild</p> <p><input type="checkbox"/> Wunsch der Patientin / des Patienten</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente: <input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Antiepileptika <input type="checkbox"/> Antikoagulantien <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Thyroxin</p> <p><input type="checkbox"/> Andere _____</p>
<p>Aktuelle Osteoporose-Therapie</p> <p><input type="checkbox"/> Hormonersatztherapie <input type="checkbox"/> Bisphosphonat <input type="checkbox"/> peroral <input type="checkbox"/> parenteral</p> <p><input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Denosumab</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin D <input type="checkbox"/> Teriparatid <input type="checkbox"/> Romosozumab</p>	
<p>Gewünschte Untersuchung</p> <p><input type="checkbox"/> Densitometrie Basic (nur Befund ohne Therapievorschlag)</p> <p><input type="checkbox"/> Densitometrie Standard (Befund mit Therapievorschlag) *</p> <p><input type="checkbox"/> Densitometrie Plus (Densitometrie und Osteoporose – Sprechstunde)*</p> <p><small>*Bitte um Zustellung von Diagnose- und Medikamentenliste, Vorbefunden wie Labor, Röntgenbilder etc.</small></p>	

ZUWEISENDE/R ARZT/ÄRZTIN

Vorname Name: _____ Tel.: _____
 E-Mail: _____ Ort / Datum: _____

Bemerkung / Beilagen:

Bitte zustellen per Fax 034 421 23 99 oder via Mail an osteodensitometrie@spital-emmental.ch