



# Spital Emmental

## Osteodensitometrie

### Medizinische Klinik

3400 Burgdorf

Tel. 034 421 23 00

Fax. 034 421 23 99

[osteodensitometrie@spital-emmental.ch](mailto:osteodensitometrie@spital-emmental.ch)

## Anmeldung Osteodensitometrie (DXA)

Name ..... Vorname ..... Geb.Datum .....

Adresse ..... PLZ/Ort .....

Krankenkasse ..... Tel. ....

Termin vereinbart am .....  Patientin / Patient bitte aufbieten .....

Indikationen (krankenkassenpflichtig)	Indikationen (nicht krankenkassenpflichtig)
<input type="checkbox"/> Klinisch manifeste Osteoporose <input type="checkbox"/> Fraktur ohne adäquates Trauma <input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Schenkelhals <input type="checkbox"/> Peripher <input type="checkbox"/> Hypogonadismus <input type="checkbox"/> Primärer Hyperparathyreoidismus <input type="checkbox"/> Langzeitglucocorticoid-Medikation (> 3 Monate) <input type="checkbox"/> Malabsorption, chronisch entzündliche Darm- erkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) <input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfecta <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle bei Osteoporose unter Therapie (alle 2 Jahre) Ort / Datum letzte Untersuchung .....	<input type="checkbox"/> Risikofaktoren für Osteoporose Welche? ..... <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Suspektes Röntgenbild <input type="checkbox"/> Wunsch der Patientin / des Patienten <input type="checkbox"/> Medikamente (z.B. Lithium, Antiepileptika, Antikoagulantien, Chemotherapie, Thyroxin) (Zutreffendes unterstreichen) <input type="checkbox"/> Andere .....
<b>Aktuelle Osteoporose-Therapie</b> <input type="checkbox"/> Hormonersatztherapie <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Vitamin D	<input type="checkbox"/> Bisphosphonat <input type="checkbox"/> peroral <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Denosumab <input type="checkbox"/> Teriparatid
<b>Gewünschte Untersuchung</b> <input type="checkbox"/> Densitometrie Standard (inkl. Befund und Bericht) <input type="checkbox"/> Densitometrie Plus (Konsiliarische osteologische Abklärung inkl. evtl. Laboruntersuchungen)* * Bitte um Zustellung von Vorbefunden wie Labor, Röntgenbilder etc.	

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des  
zuweisenden Arztes

Bitte stellen Sie mir neue Anmeldeformulare zu

## Bemerkungen / Beilagen