



# Anmeldung

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_ Unfallversicherung \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_ Sektion \_\_\_\_\_  
 PLZ \_\_\_\_\_ Geschäftlich \_\_\_\_\_ Unfalldatum/Nr. \_\_\_\_\_  
 Ort \_\_\_\_\_  M  W  Krankheit  Unfall  
 Patient hat Termin am (Datum und Zeit) \_\_\_\_\_

Bitte Patient aufbieten \_\_\_\_\_

Hinweis an Patienten: Ihr Termin ist uns wichtig und deshalb verbindlich. Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, uns spätestens 24 Std. vorher zu benachrichtigen. RODIAG behält sich vor, bei unentschuldigter Absenz einen Unkostenbeitrag zu erheben.

## 1. Standard-DXA mit Lunar Prodigy Pro (LWS a.p. + Hüfte + WS seitlich morphologisch)

**Erstuntersuchung**

**Folgeuntersuchung** (Datum der letzten Untersuchung) \_\_\_\_\_

### Indikationen (Pflichtleistung der KK gem KLV)

- Manifeste Osteoporose (T-Score unter -2.5)
- Fraktur bei inadäquatem Trauma
- Langzeittherapie mit Steroiden
- Hypogonadismus
- Gastrointestinale Erkrankung (IBD, Malabsorption)
- Prim. Hyperparathyreoidismus ohne eindeutige Operationsindikation
- Osteogenesis imperfecta

### Weitere mögliche Indikationen (Nicht Pflichtleistung!)

- Anamnest. Risiko (Familienanamnese)
- Langzeittherapie mit Antiepileptika (Phenytoin, Carbamazepin, Barbiturate)
- Chronische Niereninsuffizienz
- Wunsch der Patientin / des Patienten
- Andere: \_\_\_\_\_

## 2. Standard-DXA + Konsultation mit Therapieverschlagn (PD Dr. B. Hess)

### Anamnese von Risikofaktoren: (Zuweisender Arzt unbedingt ankreuzen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose bei Mutter  | <input type="checkbox"/> Steroidtherapie > 3 Monate                  |
| <input type="checkbox"/> übermässiger Alkoholkonsum  | <input type="checkbox"/> < 20 Zigaretten pro Tag                     |
| <input type="checkbox"/> Menopause < 45 Jahre  | <input type="checkbox"/> BMI < 20 kg/m <sup>2</sup> resp. KG < 52 kg |
| <input type="checkbox"/> Amenorrhoe > 12 Monate zu irgendwelchem Zeitpunkt                                 | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose                               |
| <input type="checkbox"/> Cushing-Syndrom   | <input type="checkbox"/> Hyperparathyreoidismus                      |
| <input type="checkbox"/> Chronische Niereninsuffizienz   |  |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Colitis ulcerosa, M. Crohn, Sprue)       |  |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündlich-rheumatische Krankheiten (Rheumatoide Arthritis, Bechterew) |  |
| <input type="checkbox"/> Fraktur infolge inadäquaten Traumas bei Verwandten 1. Grades                      |  |
| <input type="checkbox"/> Fraktur infolge inadäquaten Traumas bei Patienten                                 |  |
| <input type="checkbox"/> > 3 cm an Körpergrösse verloren resp. Brustkyphose und Haltungserfall             |  |

**Aktuelle Therapie (sämtliche Medikamente)** \_\_\_\_\_

## 3. Standard-DXA + Knochenlabor + Konsultation (PD Dr. B. Hess)

Bitte Rücksprache mit mir aufnehmen

Bilddokumentation als:  CD  CD + Papierausdruck  Papierausdruck  
 Bilder dem Patienten mitgeben

Befundkopie an:

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte senden Sie Anmeldefomulare Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel