



## ANMELDUNG ZUR OSTEOPOROSEABKLÄRUNG/DXA-MESSUNG

Termin vereinbart am \_\_\_\_\_

Patient/in aufbieten

### PATIENTENDATEN

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Strasse, PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Unfallversicherung

Erstuntersuchung

Verlaufsuntersuchung

extern

Anmeldung zur Knochendichtemessung (DXA-Hologic) **ohne Interpretation**

Anmeldung zur Knochendichtemessung (DXA-Hologic) **mit Befundinterpretation**

Anmeldung zur Knochendichtemessung (DXA-Hologic) **mit osteologischem Konsilium und Befundinterpretation**

Bitte um Zusendung von Anamnese, aktuelle Medikamentenliste, allfällige Rx-Aufnahmen (BWS, LWS, DXA-Vormessungen) und osteologisch relevante Vorberichte.

### KASSENPFLLICHIGE INDIKATIONEN FÜR DXA-MESSUNG:

Knochenbruch bei inadäquatem Trauma (osteoporotische Fraktur)

Primärer Hyperparathyreoidismus

Verlaufskontrolle alle 2 Jahre unter Osteoporosetherapie

Osteogenesis imperfecta

Hypogonadismus primär und sekundär

Langzeit-Steroidtherapie

Gastrointestinale Erkrankungen z.B. Malabsorption,

HIV

Mb. Crohn, Colitis ulcerosa, St.n. Magen-Bypass

Andere Indikation

**(Bitte Patienten über die fehlende Kassenpflicht  
aufmerksam machen)**

\_\_\_\_\_  
Zuweiser