|  |
| --- |
| [ ]  **Patient bitte aufbieten**       |
| [ ]  **Patient hat Termin am:**  |

|  |
| --- |
| **Anmeldung Osteodensitometrie (Lunar iDXA)** |
|  |
| **Zuweiser:** |
| Dr. med. / Spital:       | Strasse, Nr.:       |
| PLZ, Ort:       | Telefon:       |
|  | Email:       |
| Name:       | Vorname:       |  |
| Geb. Datum (TT.MMJJJJ):  | Strasse, Nr.:       |
| PLZ/Ort:       | Telefon:       |
| Patient ist: | [ ]  ambulant | [ ]  stationär STZ | [ ]  stationär anderes Spital |
| **Kostenträger:** | [ ]  Krankenkasse | [ ]  Selbstzahler |  |
| **Wichtig: Persönlicher Versicherungsausweis mitbringen!** |
|  |
| **Indikation** (KLV, Anhang 1, 09.07.2001) |
| 1. | [ ]  | "Osteoporotische Fraktur" (ohne adäquates Trauma, kassenpflichtig) |
| 2. | [ ]  | Hyperparathyreoidismus (kassenpflichtig; routinemässig mit zusätzlicher Messung Vorderarm) |
| 3. | [ ]  | Langzeitsteroidtherapie (kassenpflichtig) |
| 4. | [ ]  | Hypogonadismus (kassenpflichtig) |
| 5. | [ ]  | Malabsorption/gastrointestinale Erkrankung (kassenpflichtig) |
| 6. | [ ]  | Verlauf unter Therapie und Voruntersuchung > 2 Jahre (kassenpflichtig) |
| 7. | [ ]  | Osteogenesis imperfecta (kassenpflichtig) |
| 8. | [ ]  | Alle übrigen Indikationen **(nicht-kassenpflichtig):** |
|        |  |
| Bitte Patient/in auf nicht kassenpflichtige Untersuchungen aufmerksam machen. |
| Fragestellung / Kommentare: |       |
|       |
|       |
|       |
|  |
| Patient/in hat: | [ ]  Spondylodese |       | [ ]  St. n. Hüft-TEP | ([ ]  rechts, [ ]  links, [ ]  bds.) |
|  | [ ]  Osteosynthesematerial oder sonstiges Metall |       |
|  |
| **Gewünschte Untersuchungsregionen:** |
| A. [ ]  LWS + Hüfte einseitig; falls LWS + Hüfte nicht möglich Messung Vorderarm einseitig (Standard) |
| Bei besonderen Fragestellungen sind zusätzliche Aufnahmen möglich: |
| B. [ ]  Seitliche Aufnahmen der Wirbelsäule (BWS/LWS) C. [ ]  Ganzkörper ("Body Composition") |
| Indikation für zusätzliche Aufnahmen (B u/o C):       |
|  |
| **Befundoptionen:** |
| [ ]  Befund mit Messresultaten | [ ]  Per Post | [ ]  Per Fax |
|  | [ ]  Per HIN-Mail (inkl. Link für die Bilder) |  |
| [ ]  Befund mit Messresultaten, Abschätzungen des Frakturrisikos und Therapieempfehlung durch osteologische Sprechstunde (Klinik für Rheumatologie/Endokrinologie) |