



Externe Anmeldung DXA: Klinik für Nuklearmedizin, Fax 044 466 29 59

Osteologische Diagnostik

- Untersuchung für denvereinbart
 Patient/in aufbieten

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse: PLZ/Ort: Telefon:

Erstuntersuch Verlaufsuntersuch (Datum Voruntersuch..... im Triemli / extern)

1. **Anmeldung zur Knochendichtemessung (DXA-Hologic 4500) mit Messresultat**

☛ Bitte um Mitgabe vorhandener Röntgenaufnahmen (BWS, LWS) und früherer DXA-Messungen

Falls möglich LWS seitlich messen

2. **Anmeldung zur Knochendichtemessung (DXA-Hologic 4500) mit Interpretation und Bericht (Aktenkonsil 00.2110) an Zuweiser**

3. **Anmeldung zur Knochendichtemessung (DXA-Hologic 4500) mit Abschätzung des individuellen Frakturrisikos und Konsilium in der Osteoporose-Sprechstunde, Ambulatorium Rheumatologie**

4. **Anmeldung Osteoporose-Sprechstunde mit Abklärung des individuellen Frakturrisikos und Sturzrisikos**

☛ Bitte um Mitgabe vorhandener Röntgenaufnahmen (BWS, LWS) oder früherer DXA-Messungen

☛ Aufgebot durch die Rheumaklinik **nach Eintreffen der schriftlichen Anmeldung**

1. **Wirbelfraktur(en)** nein

ja

welche:

2. **Periphere Fraktur(en)** nein

ja

welche:

3. **Patienteninformationsblatt, Risikofragebogen und Urinsammelgefäss bereits abgegeben**

4. **Röntgenaufnahmen beiliegend**

5. (*) **In den vergangenen 6 Monaten erfolgte Osteosynthese oder in den vergangenen 2 Monaten erlittene Radius-/Wirbelkörperfraktur ⇒ Bestimmung der Knochenabbauparameter später**

6. (*) **Knochenabbauparameter bereits bestimmt. Resultat beilegen**

Indikation

- "Osteoporotische Fraktur" (kassenpflichtig)
 Hyperparathyreoidismus (kassenpflichtig)
 Langzeitsteroidtherapie (kassenpflichtig)
 Menopause vor dem 40. LJ (kassenpflichtig)
 Männlicher Hypogonadismus (kassenpflichtig)
 Malabsorption (kassenpflichtig)
 Andere Indikationen

☛ Bitte Patient/in auf grundsätzlich nicht kassenpflichtige Untersuchungen aufmerksam machen!!

Praxisstempel

Kopie an: