|  |
| --- |
| **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) | | | | | | | | | | | | | | |