

Anmeldung für DEXA Untersuchungen**Patient**

Kantonsspital Olten
Baslerstrasse 150
CH-4600 Olten
Telefon 062 311 42 07
Telefax 062 311 50 90
imr.kso@spital.so.ch

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Weiblich Männlich Divers

Bitte freilassen (interne Informationen)

Untersuchung / Anforderung**DEXA-Messung**

radiologisch validiert

**DEXA-Messung mit endokrinologischer
Risikoevaluation und Prozederevorschlag**→ Hierfür bitte **Zusatzangaben** auf S.2 ergänzen**Angemeldet für:**

Ort: Kantonsspital Olten

Datum: _____ Zeit: _____

Durch Radiologie aufzubieten

Blau hinterlegte
Felder & Indikation
obligatorisch

Indikation für die Densitometrie (Pflichtleistungen gemäss KLV)

Klinisch manifeste Osteoporose

Fraktur nach inadäquatem Trauma; Knochen:

Jahr:

Verminderung der Grösse ≥ 3.5 cm: _____ cm innerhalb (Zeitdauer):Corticosteroidtherapie (≥ 3 Monate) Präparat/Dosis:

seit:

Hypogonadismus

Ovarektomie im Alter von _____ Jahren

Chemo-/Strahlentherapie im Alter von _____ Jahren

Frühe Menopause (<45J) im Alter von _____ Jahren

Langzeit-Amenorrhoe seit: _____

Andere

primärer Hyperparathyreoidismus

gastrointestinale Erkrankungen

Malabsorption

Morbus Crohn

Colitis ulcerosa

Osteogenesis imperfecta

Wiederholungsuntersuchung unter Osteoporosetherapie (jedes zweite Kalenderjahr)

Datum der letzten Messung: _____ Bisherige Osteoporosetherapie: _____

Kontraindikationen: Osteosynthesematerial beider Hüften
UND Osteosynthesematerial oder Vertebroplastie LWS

Andere Indikationen (keine Pflichtleistungen gemäss KLV):

familiäre Anamnese für Osteoporose

chronisch kalziumarme Ernährung (ohne gastrointestinale Erkrankung)

reguläre Menopause im Alter von _____ Jahren

Hysterektomie im Alter von _____ Jahren

Hormonsubstitution seit _____ bis _____

Präparat:

Hyperthyreose

Immobilisation

Medikamente: Antazida, Lithium, Antiepileptika, Antikoagulantien, Chemotherapie, Diuretika ausser Thiazide, Thyroxin

Andere (z.B. Nikotin, Aethyl, etc.): _____

Bemerkungen:

Bilddokumentation

CD

Film

Papier

keine Bilddokumentation

Auftraggeber oder Praxisstempel

Telefon: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Für osteologische Beurteilung und Therapieempfehlung wichtige Zusatzinformationen

Vorbehandlung

keine			
Calcium-Substitution	tägliche Zufuhr (mg)	Zeitraum: von	bis
Vitamin D-Substitution	tägliche Zufuhr (IE)	Zeitraum: von	bis
Bisphosphonat (z.B. Fosamax, Bonviva, Aclasta)		Zeitraum: von	bis
Denosumab (Prolia)		Zeitraum: von	bis
Teriparatid (Forsteo)		Zeitraum: von	bis
Raloxifen		Zeitraum: von	bis
Romosozumab (Evenity)		Zeitraum: von	bis
andere:		Zeitraum: von	bis

Nierenfunktion

Kreatinin ($\mu\text{mol/L}$) Datum:
eGFR (ml/min) Datum:

Weitere Therapie-relevante Informationen (z.B. Zahnstatus, Sturz-/Frakturanamnese etc.)