Anmeldung für DEXA Untersuchungen

**Patient**

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

**Bitte freilassen** (interne Informationen)

**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:

**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 (zutreffendes unterstreichen)

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

Bemerkungen:

Untersuchung / Anforderung

DEXA-Messung   
 radiologisch validiert

DEXA-Messung mit endokrinologischer Risikoevaluation und Prozederevorschlag

🡪 Hierfür bitte **Zusatzangaben** auf S.2 ergänzen

Angemeldet für:

Ort:

Datum: Zeit:

Durch Radiologie aufzubieten

**Telefon:**

Datum:

Unterschrift:

**Bilddokumentation**

CD

Film

Papier

keine Bilddokumentation

**Auftraggeber oder Praxisstempel**

in Druckschrift

**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 (µmol/L) \_\_\_\_\_\_ Datum: Datum eintragen

eGFR (ml/min) \_\_\_\_\_\_ Datum: Datum eintragen

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

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.