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.