

Datum:

ANMELDUNG OSTEODENSITOMETRIE (DXA)

Name: Vorname:
Strasse: PLZ / Ort:
Krankenkasse: Geburtsdatum:
Telefon, P: G: Mobile:
 Patient/in aufbieten vereinbarter Termin/Zeit:
Datum der letzten Untersuchung: (Bitte allfällige, vorgängige Messresultate beilegen)

Gewünschte Untersuchung

- DXA-Messung, ärztlich validiert (ohne Befund und ohne Vorschlag zum Prozedere)
- DXA, mit Befund und Vorschlag zum Prozedere (Aktenkonsilium)
- Anmeldung zur osteologischen Abklärung bei (bitte gewünschte/r Arzt/Ärztin markieren)
 - Dr. med. Sigrid Jehle-Kunz, Leiterin OsteoporoseZentrum, Allgemeine Innere Medizin, Osteologie (DVO, SVGO, ISCD)
 - Dr. med. Rolf Brücker, Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie
 - Dr. med. Thomas Froesch, Allgemeine Innere Medizin
 - Dr. med. Stefan Hummler, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie
 - Dr. med. Manuel Klöti, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie, Allgemeine Innere Medizin, Osteologie (SVGO)
 - Dr. med. Philipp Padel, Physikalische Medizin und Rehabilitation

Selbstzahler

Falls die Krankenkasse die Kosten der Untersuchung nicht übernimmt, gilt Selbstzahlertarif für technische Leistungen der DXA gemäss Tarmed.

Bisherige Behandlung

- Calcium/Vitamin D seit:
- Bisphosphonat: seit:
- andere Therapien: seit:

Krankenkassenpflichtige Indikationen

- Kontrolluntersuchung unter Therapie (nach 2 Jahren)
- Osteoporosefraktur Lokalisation:
- Langzeittherapie mit Kortikosteroiden: Präparat: Dosis: Dauer:
- Gastrointestinale Erkrankungen: M. Crohn Colitis ulcerosa Malabsorption
- Hypogonadismus
- primäre/sekundäre Amenorrhoe
- primärer Hyperparathyreoidismus
- Osteogenesis imperfecta

zusätzliche Angaben

- St. n. Ovariectomie Alter: St. n. Chemotherapie/Radiotherapie Alter:
- frühe Menopause (< 45 Jahre) Alter: Langzeit-Amenorrhoe seit:
- Thrombose/Embolie Alter:
- andere Gründe

Besondere Fragestellung/Bemerkung:

Bitte ausgefüllt faxen an OsteoporoseZentrum St. Anna: F +41 41 556 61 92

Kopie an:

Ich wünsche, den Bericht elektronisch zu erhalten.

E-Mail:

Bitte senden Sie mir neue Anmeldeformulare

Stempel, Unterschrift: