

Innere Medizin und Rheumatologie FMH - Manuelle Medizin (SAMM)
Ultraschall Bewegungsapparat

Dr. med. Ivo Büchler EAN-Nr. 7601000227119 · E-Mail: ivo.buechler@hin.ch
Dr. med. Marc Erismann EAN-Nr. 7601000711991 · E-Mail: marc.erismann@hin.ch
Dr. med. Peter Wiedersheim EAN-Nr. 7601000262745 · E-Mail: peter.wiedersheim@hin.ch

ANMELDUNG ZUR OSTEODENSITOMETRIE (DXA-METHODE)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/Wohnort: _____
Kostenträger/Sektion: _____
Versicherungsnummer: _____
Tel. privat: _____
Tel. Geschäft: _____
Termin: _____

Diagnosen: _____

Kassenpflichtige Indikationen:

Osteoporoseverlaufskontrolle (alle 2 Jahre)

wo:
wann:
Resultat:

- Fraktur(en) ohne adäquates Trauma
- Langzeitcorticosteroid- Medikation
- Hypogonadismus
- Hyperparathyreoidismus
- Gastrointest. Erkrankungen (z.B. M.Crohn, Colitis ulcerosa, Malabsorptions- Syndrom etc.)
- Osteogenesis imperfecta

Nichtkassenpflichtige Indikationen:

- Auffällige Knochenform od. -Struktur im konventionellen Röntgenbild
- Risikofaktoren für Osteoporose
- Osteomalazie
- Wunsch der Patientin/des Patienten
- andere

Bitte Vermerk folgender zusätzlicher Angaben:

- Amenorrhoe
- Niereninsuffizienz
- Hyperthyreose
- Hyperparathyreoidismus
- Antiepileptika
- Frakturen wo:
wann:
traumatisch/atraumatisch
- Hormontherapie von _____ bis _____

Aktuelle Medikation: _____

Achtung: Für eine möglichst optimale Beurteilung und zum Ausschluss von Fehlinterpretationen bei fortgeschrittenen osteodegenerativen Veränderungen bitten wir eine **seitliche LWS-Röntgenaufnahme** beizulegen. Wenn nicht vorhanden, wird die LWS-Aufnahme bei uns erstellt. (Bei einer Kontroll-Osteodensitometrie sind keine Röntgenaufnahmen nötig, ausser bei neuen Frakturen)

Ich wünsche folgende Abklärung:

- DXA axial und Hüfte plus evtl. Vorderarm sowie Calciumbilanz, Risikoabklärung, Interpretation und Empfehlung im Rahmen eines Aktenkonsiliums
- konsiliarische Untersuchung/Abklärung und Beratung
 - bei pathologischer Osteodensitometrie
 - auch bei normaler Osteodensitometrie

Datum: _____

Stempel/Unterschrift: _____