



Rheumatologie FMH / Ultraschall Bewegungsapparat / Osteoporosezentrum
Dr. med. Marc Erismann E-Mail: marc.erismann@hin.ch
Dipl. med. Cynthia Jermann, E-Mail: cynthia.jermann@hin.ch
Dr. med. univ. Ian Pirker, E-Mail: ian.pirker@hin.ch

EAN-Nr. 7601000711991
EAN-Nr. 7601000907325
EAN-Nr. 7601003408300

Anmeldung Osteodensitometrie (Knochendichtemessung):

Angaben Patient:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/Wohnort: _____
Tel. privat: _____
Handy: _____

Diagnosen:

Aktuelle Medikation:

Kassenpflichtige Indikation:

- Osteoporoseverlaufskontrolle (alle 2 Jahre)
wo: _____
wann: _____
Resultat: _____
- Fraktur(en) ohne adäquates Trauma
- Langzeitsteroidmedikation
- Hypogonadismus
- Hyperparathyreoidismus
- Gastrointest. Erkrankungen (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, Malabsorptions-Syndrom, etc.)
- Osteogenesis imperfecta

Nichtkassenpflichtige Indikationen:

- Auffällige Knochenform od. -Struktur im konvent. Röntgen
- Risikofaktoren für Osteoporose
- Osteomalazie
- Wunsch der Patienten
- Andere: _____

Bitte zusätzliche Angaben vermerken:

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

Wichtig:

Für eine möglichst optimale Beurteilung und zum Ausschluss von Fehlinterpretationen bitten wir Sie eine **seitliche LWS-Röntgenaufnahme beizulegen!** Wenn nicht vorhanden wird die LWS-Aufnahme bei uns erstellt. (Bei Kontroll-DXA sind keine Aufnahmen notwendig!)

Ich wünsche folgende Abklärung:

- DXA axial und Hüfte plus evtl. Vorderarm/Calciumbilanz, Risikoabklärung, Interpretation und Empfehlung im Rahmen eines Aktenkonsiliums
- Konsiliarische Untersuchung/Abklärung und Beratung
 - Bei pathologischer DXA
 - Auch bei normaler DXA

Datum: _____

Stempel/ Unterschrift: _____