

## ANMELDUNG Knochendensitometrie (DXA)

☐ Patient aufbieten

☐ Untersuchung für den ..... bereits vereinbart

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

☐ Erstuntersuchung ☐ Verlaufsuntersuchung (falls vorhanden, Vormessung bitte beilegen)

☐ **DXA mit Aktenkonsilium (mitgegebene Zusatzunterlagen):** Beurteilung der Knochendichtewerte unter Erfassung der Risikofaktoren und des Frakturrisikos sowie Therapieempfehlungen ohne Patientenberatung

☐ **DXA mit Osteoporose-spezifischer klinischer Untersuchung:** Beurteilung der Knochendichtewerte, der Risikofaktoren, des Frakturrisikos sowie anschliessende Therapieempfehlungen aufgrund **zusätzlicher Anamnese, Klinik, Vorberichten sowie evtl weiteren Rx- Bilder direkt mit dem Patienten**

**Indikationen mit Kassenpflicht** (Knochendichtemessungen gelten als Vorsorgeuntersuchungen!)

- ☐ Fraktur ohne adäquates Trauma
- ☐ Verlaufskontrolle bei behandelter Osteoporose (max. alle 2 Jahre)
- ☐ Primärer Hyperparathyreoidismus
- ☐ Langzeit-Glucokortikoidbehandlung
- ☐ Hypogonadismus oder hormonablative Therapie (Aromatasehemmer, Antiandrogene)
- ☐ Osteogenesis imperfecta
- ☐ HIV
- ☐ Chronische GIT-Erkrankungen (Malabsorption, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie)

☐ **Andere Indikation** (☞ Bitte die PatientInnen über die fehlende Kassenpflicht informieren!)

☐ **Aktuelle Medikation** (wichtige Angaben: Calcium und Vitamin D3 Substitution, bisherige Osteoporose-Therapie, Hormonersatz resp. Aromatasehemmer oder Antiandrogene, Steroide inkl. Dosierung, Antikonvulsiva, Antidepressiva, PPI)

.....  
.....  
.....  
.....

☐ **Relevante Diagnosen** (insbesondere Tumorerkrankungen/stattgehabte Bestrahlungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, endokrinologische Erkrankungen)

.....  
.....

☐ **Anmerkung und Wünsche**

.....  
.....

Praxisstempel