

Name / Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort

## Anmeldung zur osteologischen Abklärung / Densitometrie

**Klinische Diagnose:** .....

**Fragestellung:** .....

### Risikofaktoren:

- |                                                                                               |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bekannte Osteoporose*                                                | <input type="checkbox"/> Glukokortikosteroide*                                                |
| <input type="checkbox"/> Familiäre Belastung                                                  | <input type="checkbox"/> Antiepileptica, LMW Heparin, Chemotherapie                           |
| <input type="checkbox"/> Amenorrhoe seit .....                                                | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose, Substitution mit Eltroxin                             |
| <input type="checkbox"/> Hypogonadismus*                                                      | <input type="checkbox"/> Hyperparathyreoidismus*                                              |
| <input type="checkbox"/> Nierenleiden                                                         | <input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfecta*                                             |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinales Leiden*<br>(M.Crohn, Colitis ulcerosa, Coeliakie) | <input type="checkbox"/> Chronisch-entzündliche Erkrankung<br>des rheumatischen Formenkreises |
| <input type="checkbox"/> Hepatopathie                                                         | <input type="checkbox"/> Weitere .....                                                        |

**Frakturen:** ( bei inadäquatem Trauma:  Ja  Nein  fraglich)

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine        | <input type="checkbox"/> Becken    |
| <input type="checkbox"/> Wirbelkörper | <input type="checkbox"/> Vorderarm |
| <input type="checkbox"/> Schenkelhals | <input type="checkbox"/> weitere   |

Ein Röntgenbild ( BWS /  LWS) wurde gemacht und wird zugesandt:  Ja  Nein

### Medikamente/Dosierung:

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

**Bitte alle relevanten Laborbefunde der Anmeldung beifügen. Danke.**

<b>Anmeldung an:</b>	Dr. H.-U. Mellinghoff, Leiter Osteologie
	Fax-Nummer : 071 494 61 21
	Tel. Sekretariat : 071 494 31 16

**Datum:**

**Unterschrift / Stempel:**

\*von der Krankenkasse akzeptierte Indikationen, siehe Rückseite

**Gemäss KLV Anhang 1 werden folgende Indikationen für die Knochendensitometrie mittels DXA von den Krankenkassen anerkannt und somit vergütet:**

1. Klinisch manifeste Osteoporose oder nach einem Knochenbruch bei inadäquatem Trauma
2. Langzeit-Therapie mit Glukokortikoiden
3. Hypogonadismus
4. Chronische gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
5. Primärer Hyperparathyreoidismus
6. Osteogenesis imperfecta

Kontroll-Untersuchungen (DXA) werden nur übernommen, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgt und höchstens jedes zweite Jahr.