

OSTEOPOROSE ZENTRUM LUZERN

Zentralstrasse 1, 6003 Luzern

T +41 41 556 61 91

www.osteoporose-luzern.ch

osteoporosezentrum.stanna@hirslanden.ch

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, mit Befund und Vorschlag zum Prozedere (Aktenkonsilium)

☐ Anmeldung zur osteologischen Abklärung bei (bitte gewünschte/r Arzt/in markieren)

- ☐ Fr. Dr. med. Sigrid Jehle-Kunz, Leiterin OsteoporoseZentrum, Allgemeine Innere Medizin, Osteologie (DVO, SVGO, ISCD)
- ☐ Hr. Dr. med. Rolf Brücker, Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie
- ☐ Hr. Dr. med. Manuel Klöti, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie, Allgemeine Innere Medizin, Osteologie (SVGO)

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:

☐ 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 senden an Osteoporose Zentrum Luzern:

osteoporosezentrum.stanna@hirslanden.ch

Kopie an:

E-Mail:

Stempel, Unterschrift: