

## Anmeldung Osteodensitometrie (Lunar iDXA)

Seite 1/2

Patient bitte aufbieten       Patient hat Termin: \_\_\_\_\_

### Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### Zuweisende(r) Ärztin /Arzt

(Stempel und Unterschrift):

Datum: \_\_\_\_\_

### Kostenträger:

Grundversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  A  HP  P  
Unfallversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  A  HP  P

*Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt aufzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.*

### Indikation (KLV, Anhang 1, 09.07.2001):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> «Osteoporotische Fraktur» (ohne adäquates Trauma, kassenpflichtig)                         | <input type="checkbox"/> Verlauf unter Therapie und Voruntersuchung > 2 Jahre (kassenpflichtig) |
| <input type="checkbox"/> Hyperparathyreoidismus (kassenpflichtig; routinemässig mit zusätzlicher Messung Vorderarm) | <input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfecta (kassenpflichtig)                              |
| <input type="checkbox"/> Langzeitsteroidtherapie (kassenpflichtig)  | <input type="checkbox"/> Andere Indikatoren:  |
| <input type="checkbox"/> Männlich Hypogonadismus (kassenpflichtig)  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Malabsorption/gastrointestinale Erkrankung (kassenpflichtig)                               |   |
| <input type="checkbox"/> Menopause vor dem 40. LJ (kassenpflichtig)   |   |

*Bitte Patient auf nicht kassenpflichtige Untersuchungen aufmerksam machen.*

**Patient:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

**Patient hat:**

- Spondylodese: \_\_\_\_\_
- Status nach Hüft-TEP     rechts     links     beidseitig
- Osteosynthesematerial oder sonstiges Metall: \_\_\_\_\_

**Fragestellung:**

Nach der Untersuchung erhalten Sie als zuweisende(r) Ärztin/Arzt eine Befundaufnahme. Bitte wählen Sie dazu die gewünschte Befundoption und einen Versandkanal aus.

**Befundoptionen:**

- Nur Knochendichtemessung (Messresultate)
- Knochendichtemessung mit Kurz-Befund und Therapieempfehlung\*
- Knochendichtemessung und Konsultation in der Sprechstunde

\* Aktenkonsil