

Anmeldeformular osteologische Diagnostik

Nuklearmedizin Tel: 062 838 54 90 nuklearmedizin@ksa.ch
Rheumaklinik Tel: 062 838 46 15 rheumaklinik@ksa.ch

Anmeldung an:
Nuklearmedizin, Telefax 062 838 54 91

Name	Vorname	Geb.-Datum
Strasse	PLZ/Ort	Tel.

- Patient/in aufbieten**
- Erstuntersuchung** **Verlaufsuntersuchung** (Datum Voruntersuchung.....im KSA / extern)
- Anmeldung zur Knochendichtemessung** (Hologic Discovery QDR Series) **ohne Interpretation**
- Anmeldung zur Knochendichtemessung** (Hologic Discovery QDR Series) **mit Interpretation**
- ➔ **Bitte um Mitgabe vorhandener Röntgenaufnahmen (BWS, LWS) und früherer DXA-Messungen**
- Anmeldung zur Knochendichtemessung** (Hologic Discovery QDR Series) **mit klinischer Untersuchung**
 Inklusive: - Evaluation der Risikofaktoren
 - Osteoporose-bezogener Anamnese/klinischer Untersuchung/notwendiger
 Zusatzabklärungen und detaillierter Interpretation/Therapievorschlag
- ➔ **Aufgebot: Anmeldung durch die Rheumaklinik des KSA nach Eintreffen der schriftlichen Beurteilung**
- Patienteninformationsblatt, Risikofragebogen und Urinsammelgefäss bereits abgegeben**
- Röntgenaufnahmen beiliegend**

Indikation

- „Osteoporotische Fraktur“ (kassenpflichtig)
- Hyperparathyreoidismus (kassenpflichtig)
- Langzeitsteroidtherapie (kassenpflichtig)
- Menopause vor dem 40. LJ (kassenpflichtig)
- Männlicher Hypogonadismus (kassenpflichtig)
- Malabsorption (kassenpflichtig)
- Verlauf (kassenpflichtig alle 2 Jahre)
- Andere Indikationen: _____

Datum:**Unterschrift und Stempel Auftraggeber:****Kopie Bericht an:**

➔ **Bitte Patient/in auf grundsätzlich nicht kassenpflichtige Untersuchungen aufmerksam machen!**

