

Anmeldung per Fax an **055 285 41 89** oder per Mail an **frauenklinik@spital-linth.ch**

Arztstempel und Unterschrift:

PATIENT

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ort:

Telefon:

Krankenversicherer:

### Indikationen für die Densitometrie (Pflichtleistungen gemäss KLV):

- klinisch manifeste Osteoporose
  - Fraktur nach inadäquatem Trauma; Knochen: ..... Jahr: .....
  - Verminderung der Grösse  $\geq 3.5$  cm: ..... cm innerhalb (Zeitdauer): .....
- Corticosteroidtherapie ( $\geq 3$  Monate) Präparat/Dosis: ..... seit .....
- Hypogonadismus
  - Ovariectomie im Alter von ..... Jahren
  - Chemo-/Strahlentherapie im Alter von ..... Jahren
  - Frühe Menopause (<45J) im Alter von ..... Jahren
  - Langzeit-Amenorrhoe seit .....
  - Andere .....
- primärer Hyperparathyreoidismus
- gastrointestinale Erkrankungen
  - Malabsorption
  - Morbus Crohn
  - Colitis ulcerosa
- Osteogenesis imperfecta
- Wiederholungsuntersuchung unter Osteoporosetherapie (jedes zweite Kalenderjahr)
  - Datum der letzten Messung: .....
  - Bisherige Osteoporosetherapie: .....

### Andere Indikationen (keine Pflichtleistungen gemäss KLV):

- familiäre Anamnese für Osteoporose
- chronisch kalziumarme Ernährung (ohne gastrointestinale Erkrankung)
- reguläre Menopause im Alter von ..... Jahren
- Hysterektomie im Alter von ..... Jahren
- Hormonsubstitution seit ..... bis ..... Präparat .....
- Hyperthyreose
- Immobilisation
- Medikamente: Antazida, Lithium, Antiepileptika, Antikoagulantien, Chemotherapie, Diuretika ausser Thiazide, Thyroxin (Zutreffendes unterstreichen)
- Andere (zB Nikotin, Aethyl etc).....

Bemerkungen: .....