

Bahnhofstrasse 14, 7000 Chur

EAN-Nr 7601000276988

ANMELDUNG ZUR OSTEOPOROSEABKLÄRUNG DXA BONE SCAN

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon P:	G: Natel:
Geburtsdatum:	Beruf:
Krankenkasse:	Kundennummer.:

Indikation

- Pflichtleistung gemäss KLV
- Klinisch manifeste Osteoporose bzw. Fraktur nach inadäquatem Trauma
 - Glucocorticoidtherapie (Therapie > 3 Monate)
 - Hypogonadismus (z. B. frühzeitige Menopause vor 45. Lebensjahr)
 - Primärer Hyperparathyreoidismus
 - Gastrointestinale Erkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Malabsorption wie z. B. Zöliakie)
 - Osteogenesis imperfecta
 - HIV-Infektion
 - Verlaufsuntersuchung unter Osteoporosetherapie (frühestens nach 24 Monate)
- Keine Pflichtleistung gemäss KLV (Rechnung an Patienten)

Diagnose:

Medikamente / Bemerkungen:

Patient(in) hat Termin am: Bitte Patient(in) aufbieten

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel