

## DEXA-Anmeldung

### Betrifft

Name \_\_\_\_\_ m w  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

**Versichertenstatus**      Krankheit      Unfall      IV      IV beantragt  
Krankenkasse  
Versicherten-Nr.

**Hausarzt**      Kopie an Hausarzt  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

### Überweisungsgrund

Osteoporose Abklärung  
(von Krankenkasse übernommen bei osteoporotische. Fraktur, Langdauernde Corticosteroidtherapie,  
M. Crohn, Colitis ulcerosa, Hyperparathyreoidismus, Osteogenesis imperfecta)

Verlaufskontrolle einer Osteoporose-Therapie  
(von Krankenkasse nur alle 2 Jahre übernommen)

Stellungnahme/Behandlungsvorschläge erwünscht  
(im Rahmen eines Konsiliums möglich)

Aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_  
Aktuelle Grösse \_\_\_\_\_  
Menopausenalter \_\_\_\_\_  
Schwanger      Ja      Nein  
Metall oder Zement      LWS      Hüfte

Benötigt der Patient Hilfe beim Hinliegen oder Aufstehen?      Ja      Nein

Datum \_\_\_\_\_      Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_  
Stempel

Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an dexa@felixplatter.ch