

Anmeldung zur Osteoporoseabklärung oder –Verlaufsuntersuchung/ Ultraschalluntersuchung

Bitte ankreuzen:

- nur DXA:** keine Patientenberatung: DXA LWS und Hüfte, TBS. Keine Risikobeurteilung
- DXA und Aktenkonsilium:** ohne Patientenberatung: Aktensichtung, Risikofaktoren-Erfassung, DXA, TBS, vertebrale Frakturanalyse (falls indiziert), osteologische Gesamtbeurteilung und Empfehlungen für Weiterabklärung und Therapie
- DXA und osteologisches Konsilium:** mit Patientenberatung: Aktensichtung, Risikofaktoren-Erfassung, DXA, TBS, vertebrale Frakturanalyse (falls indiziert), osteologische Gesamtbeurteilung und Empfehlungen für Weiterabklärung und Therapie
- DXA und Osteo-Rheumatologisches Konsilium,** bei zusätzlicher rheumatologischer Fragestellung

- Funktionelle Ultraschall-Untersuchung: Gelenk:
- Ultraschall-gesteuerte Injektion/Infiltration/Kalkneedling: Region:

- Patient anbieten Patient meldet sich selber an
- Patient hat bereits einen Termin am Datum:

Patient:

Name, Vorname:,

Geburtsdatum: Krankenkasse:

Strasse, Nr:, KK- Nr.

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Klinische Angaben/Wünsche:

Datum:

Stempel/Unterschrift: