

Zuweisungsbogen zur Osteoporoseabklärung

DexaLife AG – Zentrum für Knochengesundheit und Prävention
Stansstadterstrasse 39 | 6370 Stans
www.dexalife.ch | dexalife@hin.ch

Patientenangaben

Vorname / Name:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon / E-Mail (optional):

Überweisung / Auftrag

- ☐ DEXA 1 Nur Knochendichtemessung (Keine Befundung durch uns!)
- ☐ DEXA 2 Knochendichtemessung + Befundung durch uns auf Basis Ihrer mitgelieferten Angaben betreffend Vortherapie und Risikofaktoren

Medizinische Angaben

Bereits erlittene Frakturen nach Sturz aus Stehhöhe oder spontan nach dem 40. Lebensjahr?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Welcher Knochen Wann:

Bisherige Osteoporose-Medikation:

- | | | |
|---|-----|---|
| ☐ Bisphosphonat (von | bis |) |
| ☐ Prolia (von | bis |) |
| ☐ Forsteo / Evenity (von | bis |) |
| ☐ Evista (von | bis |) |
| ☐ Andere | | |

Risikofaktoren / Begleiterkrankungen:

- ☐ Langzeit-Kortisontherapie Dosis seit
- ☐ Antihormonelle Therapie
- ☐ Frühere Menopause (<45 J.)
- ☐ Familiäre Frakturbelastung
- ☐ Malabsorption (z. B. Zöliakie, Morbus Crohn)
- ☐ Rauchen >10 Zigaretten pro Tag
- ☐ Andere

Indikation mit Kassenpflicht

- ☐ Fraktur ohne adäquates Trauma
- ☐ Verlaufskontrolle unter OP-Therapie (alle 2 Jahre)
- ☐ Primärer Hyperparathyreoidismus
- ☐ Hypogonadismus / hormonablative Therapie
- ☐ Langzeit-Glukokortikoidbehandlung
- ☐ Osteogenesis imperfecta
- ☐ Malabsorption
- ☐ Andere Indikation

(Patient:innen ohne Kassenpflicht bitte vorab informieren)

Zuweisende Ärztin / Arzt

Name:

Praxis / Spital:

Telefon:

E-Mail (HIN):

Datum / Unterschrift / Praxisstempel: