

ZUWEISUNG zur Osteoporose-/Knochenstoffwechselambulanz

Vor-, Zuname: _____	<input type="radio"/> gehend
Geburtsdatum: _____ SVNr.: _____	<input type="radio"/> sitzend
Adresse: _____	<input type="radio"/> liegend
Telefonnummer des Patienten: _____	

Größe: _____ cm und Gewicht: _____ kg des Patienten!

gewünschte Leistung:

Knochendichtemessung erbeten

ODER

Knochendichtemessung mit Procedere/Therapievorschlag ohne klinische Begutachtung erbeten

BITTE MITBRINGEN: Vorbefunde; Röntgenbefunde der Wirbelsäule, falls vorhanden und nicht älter als 3 Monate!

Laborbefund: BSG, CRP, Blutbild, Kreatinin u. eGFR, GGT, Alk. Phosph., Serum Ca⁺⁺, Natrium, Phoshat, Parathormon, 25-OH Vitamin D3, TSH, Elektrophorese, [Crosslaps - bei laufender osteoporosespezifischer Therapie; P1NP bei lfd. osteoanab. Therapie mit Teriparatid]

ODER

Knochendichtemessung und klinische Begutachtung erbeten

DIAGNOSE die zur Zuweisung führt: _____

KONKRETE FRAGESTELLUNG, die beantwortet werden soll:

BITTE MITBRINGEN: Vorbefunde; Röntgenbefunde der Wirbelsäule, falls vorhanden und nicht älter als 3 Monate!

Laborbefund: BSG, CRP, Blutbild, Kreatinin u. eGFR, GGT, Alk. Phosph., Serum Ca⁺⁺, Natrium, Phoshat, Parathormon, 25-OH Vitamin D3, TSH, Elektrophorese, [Crosslaps - bei laufender osteoporosespezifischer Therapie; P1NP bei lfd. osteoanab. Therapie mit Teriparatid]

Datum: _____ Unterschrift zuweisender Arzt: _____

Bringen Sie zu Ihrem vereinbarten Untersuchungstermin bitte folgende Unterlagen mit:

- Liste Ihrer derzeitigen Medikamente**
- e-card mit Foto oder e-card und Lichtbildausweis**

BITTE nicht vergessen!