

# PATIENTENANMELDUNG

## Anmeldung für Osteoporose-Beurteilung/Therapieempfehlung

Endokrinologie/Diabetologie/Densiometrie



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: [Anmeldung@spital-schwyz.ch](mailto:Anmeldung@spital-schwyz.ch)

### Personalien

<b>Name</b> (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	<b>Vorname</b> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<b>Geburtsdatum</b>
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile	T Geschäft

### Krankenversicherung/Unfallversicherung inkl. Mitglieder-Nummer

<b>Grund-/Zusatz-/Unfallversicherer</b> <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> allgemein versichert <input type="checkbox"/> halbprivat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
--	---

### Indikationen (iDXA)

<b>Krankenkassenpflichtig:</b> <input type="checkbox"/> Frakturen ohne adäquates Trauma <input type="checkbox"/> endokrine Störung (Hypogonadismus, Hyperparathyreoidismus) <input type="checkbox"/> Langzeit-Glucocorticoidbehandlung (> 3 Monate) <input type="checkbox"/> Menopause vor dem 40. Lebensjahr <input type="checkbox"/> Malabsorption, chronisch entzündliche Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle bei Osteoporose alle 2 Jahre <input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfecta	<b>nicht krankenkassenpflichtig</b> <input type="checkbox"/> Risikofaktoren für Osteoporose <input type="checkbox"/> auffälliges Röntgenbild <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle bei Osteopenie <input type="checkbox"/> Wunsch des Patienten/der Patientin <input type="checkbox"/> andere
---	---

### Gewünschte Dienstleistung

<input type="checkbox"/> iDXA-Messung (mit fachärztlicher Beurteilung und Therapieempfehlung) <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Folgeuntersuchung (Datum der Erstuntersuchung)																														
<input type="checkbox"/> Nur iDXA-Messung (ohne fachärztlicher Beurteilung und Therapieempfehlung) <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Folgeuntersuchung (Datum der Erstuntersuchung)																														
<input type="checkbox"/> Konsiliarische endokrinologische Abklärung und Beurteilung durch: <b>PD Dr. med. Christoph Henzen · Facharzt FMH für Innere Medizin, spez. Endokrinologie-Diabetologie ·</b>																														
<input type="checkbox"/> Konsiliarische rheumatologische Abklärung und Beurteilung (inkl. iDXA-Messung) durch: <b>Dr. med. Carmen Camenzind · Fachärztin FMH für Rheumatologie</b>																														
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>Medikation:</b></td> <td>Calcium:</td> <td>mg/d.</td> <td>Vitamin D</td> <td>E/d</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Bisphosphonate:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>seit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Hormonersatz, SERM, Forsteo, Prolia:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>seit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Steroide, Aromatasehemmer:</td> <td></td> <td>Präp./Dosis:</td> <td></td> <td>seit</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Präp./Dosis:</td> <td></td> <td>seit</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <b>Medikation:</b>	Calcium:	mg/d.	Vitamin D	E/d			Bisphosphonate:				seit		Hormonersatz, SERM, Forsteo, Prolia:				seit		Steroide, Aromatasehemmer:		Präp./Dosis:		seit				Präp./Dosis:		seit
<input type="checkbox"/> <b>Medikation:</b>	Calcium:	mg/d.	Vitamin D	E/d																										
	Bisphosphonate:				seit																									
	Hormonersatz, SERM, Forsteo, Prolia:				seit																									
	Steroide, Aromatasehemmer:		Präp./Dosis:		seit																									
			Präp./Dosis:		seit																									

<input type="checkbox"/> Termin vereinbart auf	<input type="checkbox"/> Beilagen
<input type="checkbox"/> bitte aufbieten	<input type="checkbox"/> bitte Anmeldeformular senden

### Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin

Ort/Datum	Unterschrift und Stempel
-----------	--------------------------