

**JUDEXA – CENTRE D'OSTEODENSITOMETRIE MOBILE**  
 DRS M. BRAUN - P. ELSÄSSER - P. QUADRI - S. FATIO - A. HERNANDEZ - J. HAINZT – R. VALCOV  
 Rue les Fontenayes 17, 2610 Saint-Imier  
 Tél : 032 942 23 30 / Fax : 032 942 20 20  
 www.judexa.ch judexa@hjbe.ch

**Arztverordnung**

Der unterzeichnende Arzt verordnet hiermit eine Knochendichteuntersuchung mit Konsilium aufgrund der DEXA-Methode für:

Name:  Vorname:  Geburtsdatum:   
 Adresse:  PLZ:  Ort:   
 Tel:  Versicherung:  Grösse:  Gewicht:

**UNTERSUCHUNG ZUR LAST DER GRUNDVERSICHERUNG (GEMÄSS BEILAGE 9.1 OPAS)**

- Bei klinisch manifester Osteoporose und bei Fraktur nach unzureichendem Trauma.
- Nach langdauernder Kortisonbehandlung, bei Hypogonadismus, Hyperparathyroidismus, M. Lobstein
- Bei medikamentöser Osteoporosebehandlung (alle 2 Jahre).
- Bei Malabsorptionssyndrom

**ANDERE INDIKATIONEN:**

- Menopause
- Andere

Bei Entdeckung einer Osteoporose, Untersuchung durch Grundversicherung gedeckt, in allen übrigen Fällen, Rechnung direkt an Patienten/in.

Bildgebende Verfahren (bitte beilegen oder mitgeben) Stempel und Unterschrift:

Datum

Hausarzt/ Kopien:

⌘----- Untenstehender Bogen geht nicht an Versicherung -----

**RISIKOFAKTOREN**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frühzeitige Menopause | <input type="checkbox"/> Hysterektomie     |
| <input type="checkbox"/> Amenorrhoe            | <input type="checkbox"/> Nikotinexposition |
| <input type="checkbox"/> Kalziumarme Ernährung | <input type="checkbox"/> Familienanamnese  |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsarmut        | <input type="checkbox"/> Andere            |

**Osteoprotektive Therapie: Überprüfen und geben Sie auch die Dauer an.**

<input type="checkbox"/> Fosamax :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Alendron:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fosavance:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Actonel:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bonviva po :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bonviva iv :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Aclasta:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Evista:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Forsteo:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prolia:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Caldé 3f :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cal dé 3 ff:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Calperos D3 :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Calcimagon D3 :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Calcimagon D3F :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Vidé 3 gttes:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vidé 3 im:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="text"/>

FRAGESTELLUNG:

**BITTE ALLFÄLLIGE FRÜHERE UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE BEILEGEN ODER MITGEBEN**