

# Anmeldung Osteoporosezentrum

## Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort/Kanton \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon P \_\_\_\_\_  
Telefon G \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Erstmessung (DXA-Messbericht mit Diagnose)  
Verlaufsmessung (DXA-Messbericht mit Diagnose und Dichteverlauf)  
DXA-Messbericht mit nachfolgender osteologischer Sprechstunde  
Rheumatologisch-internistisches Konsilium bei Zusatzbeschwerden  
(Rückenschmerzen, Rheumatoide Arthritis, Arthrose, etc.)

## Diagnosen

## Fragestellung

## Aktuelle Medikation

### Erhöhtes Frakturrisiko

Alter über 70	Frakturen (bei inadäquatem Trauma)
Familiäre Osteoporosebelastung	Steroidmedikation
Entzündliche Darmerkrankungen, Sprue	Hyperparathyreoidismus, Hyperthyreose
Antiepileptika	Rheumatoide Arthritis, M. Bechterew
Alkohol, Nikotin	

Grösse \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg      Alimentäre Calciumzufuhr \_\_\_\_\_ mg/d

[www.rheumaliga.ch/ch/Calciumrechner](http://www.rheumaliga.ch/ch/Calciumrechner)

Datum \_\_\_\_\_ Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift)

**Ich wünsche Anmeldeformulare**

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die auf diesem Formular erhobenen Daten erfasst und gespeichert werden.**

**Detaillierte Informationen zu unserer Datenschutzerklärung finden Sie unter**

**<https://www.aarreha.ch/impressum>**

**aarReha Schinznach**

Zentrum für Rehabilitation  
Schinznach  
Badstrasse 55  
5116 Schinznach-Bad

Zentrum für Rehabilitation  
Zofingen  
Mühlethalstrasse 27  
4800 Zofingen

Bitte senden Sie Anmeldungen per E-Mail aus Datenschutzgründen in verschlüsselter Form (z.B. hin.ch).

T 056 463 85 11  
info@aarreha.ch  
www.aarreha.ch

Informationen/Anmeldeformulare erhalten Sie auch über unsere Website [www.aarreha.ch](http://www.aarreha.ch)