

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

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

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

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung per E-Mail an opz@aarreha.ch in verschlüsselter Form (z.B. hin.ch).

Informationen/Anmeldeformulare erhalten Sie auch über unsere Website www.aarreha.ch