

# 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.)

## 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)

## Diagnosen

## Fragestellung

## Aktuelle Medikation

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

Ich wünsche Anmeldeformulare

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die auf diesem Formular erhobenen Daten erfasst und gespeichert werden. Datenschutzerklärung unter <https://www.aarreha.ch/impressum>

Formular speichern

Verordnung und Berichte senden per E-Mail an [opz@aarreha.ch](mailto:opz@aarreha.ch) in verschlüsselter Form (z.B. hin.ch) oder per Fax an 056 463 86 95

**aarReha Schinznach**

Zentrum für Rehabilitation  
Schinznach  
Badstrasse 55  
5116 Schinznach-Bad

Zentrum für Rehabilitation  
Zofingen  
Mühlethalstrasse 27  
4800 Zofingen

T 056 463 86 00  
[opz@aarreha.ch](mailto:opz@aarreha.ch)  
[www.aarreha.ch](http://www.aarreha.ch)