

MVZ Fachbereich Osteologie

Anfrage für einen Termin bei medizinisch dringlicher Indikation

Formular bitte faxen an 040 7410 - 55825

Bitte geben Sie dem Patienten/der Patientin Laborergebnisse, Befundberichte der Bildgebung sowie ggf. die entsprechenden Datenträger zu ihrem/seinem Termin mit. Vielen Dank!

Patientendaten

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer Patient: _____
(zur Terminvereinbarung)

Medizinisches Anliegen

Osteologische Fragestellung

Hatte der Patient/ die Patientin Frakturen, Knochenödeme oder Nekrosen? ja nein

Wenn ja, welche Lokalisation? _____

Wann zuletzt? _____

Traten die Frakturen unter laufender Osteoporosetherapie auf? ja nein

Wie hoch war der schlechteste T-Score in der letzten DXA-Messung? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Aktuelle Medikation:

Datum

Praxisstempel

Unterschrift behandelnder Arzt