

Anmeldung Osteoporose Sprechstunde Univ. Klinik für Innere Medizin I

E-Mail: lki.me.osteoporosesprechstunde@tirol-kliniken.at

Patientendaten:

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
SVNR: _____
Tel. Nr. _____

Zuweisungsgrund:

- ☐ Rezente Fragilitätsfraktur
- ☐ Hochrisikokonstellation (laufende Glukokortikoidtherapie, hormonablative Therapie)
- ☐ Therapieversagen
- ☐ Sonstiges: _____

Screening → Aus Kapazitätsgründen ersuchen wir um Therapieevaluierung im fachärztlichen niedergelassenen Bereich

Vorbefunde: *QCT Untersuchungen können entsprechend der Behandlungsleitlinien nicht für die Diagnosestellung herangezogen werden!*

Wurde innerhalb des letzten Jahres eine Knochendichteuntersuchung (DEXA) durchgeführt:
☐ ja ☐ nein

Falls ja: Untersuchungsdatum: _____ (Bitte Originalbefund und/oder Arztbrief beilegen)

Schenkelhals T-Score: _____

LWS (L1-L4 gesamt): T-Score: _____

Vorthherapie: orale Bisphosphonate:	von _____	bis _____
parenterale Bisphosphonate:	von _____	bis _____
Denosumab:	von _____	bis _____
Teriparatid:	von _____	bis _____
Romosozumab:	von _____	bis _____

Kontaktinformation Zuweiser:in:

Name: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

Die Informationen dienen der Dringlichkeitseinstufung und Patientensicherheit. Unvollständig ausgefüllte Zuweisungen können nicht bearbeitet werden. Die Patient:innen werden per SMS über den Termin informiert.