

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