

# AANVRAAGFORMULIER BOTDENSITOMETRIE

Radiografie : tel. 058/221345

Dokter Lamoral (diensthoofd)

Dokter Biebaû

Dokter Hoste

Dokter Smolders

Dokter Standaert

Dokter Verplancke

Patiënten vignet

KAMER: .....

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Mobiel  | <input type="radio"/> Ambulant         |
| <input type="radio"/> Zittend | <input type="radio"/> Gehospitaliseerd |
| <input type="radio"/> Liggend |  |

## TERUGBETALINGSVOORWAARDEN (verplicht aan te kruisen)

Het onderzoek wordt vergoed bij volgende patiënten (niet terugbetaalbaar binnen de 5 jaar):

- 1<sup>e</sup> groep:** Vrouwen van meer dan 65 jaar met een familiale geschiedenis van osteoporose, namelijk een heupfractuur bij familie van de eerste of tweede graad
- 2<sup>e</sup> groep:** ongeacht de leeftijd of het geslacht, indien één of meer van de volgende risicofactoren aanwezig zijn:
  - Niet oncologische low impact wervelfractuur
  - Antecedent van een perifere low impact fractuur met exclusie van fractuur thv de vingers, tenen, schedel, gelaat of van de cervicale wervelzuil
  - Patiënten met een voorgeschiedenis corticotherapie van meer dan 3 maand opeenvolgend aan een equivalent van meer dan 7,5 mg Prednisolone/dag
  - Oncologische patiënten onder anti-hormonale therapie of in menopauze als gevolg van de oncologische therapie
  - Patiënten met minstens één van de volgende risico aandoeningen :
    - Reumatoïde artritis
    - Evolutive niet behandelde hyperthyreoïdie
    - Hyperprolactinemie
    - Langdurig hypogonadisme (inbegrepen therapeutische orchidectomie of langdurige behandeling met een gonadotrophine-release hormone analoog
    - Renale hypercalciurie
    - Primaire hyperparathyreoïdie
    - Osteogenesis imperfecta
    - Ziekte/syndroom van Cushing
    - Anorexia nervosa met BMI onder 19 kg/m<sup>2</sup>
    - Vroegtijdige menopauze (vóór 45 jaar)
  - patiënt komt niet in aanmerking voor terugbetaling; het volledige onderzoek wordt aan de patiënt aangerekend.

\*Vervolg ZOZ

# AANVRAAGFORMULIER BOTDENSITOMETRIE

GELIEVE TE VERVOLLEDIGEN (gegevens in het kader van de verplichte FRAX-analyse)

- Geboortedatum: ..... / ..... / .....
- Geslacht:  man /  vrouw
- Gewicht: ..... kg
- Lengte: ..... cm
- Eerdere fracturen:  ja  nee
- Heupfracturen bij verwanten tot 2<sup>e</sup> graad:  ja  nee
- Roken:  ja  nee
- Corticoïdgebruik:  ja  nee
- Reumatoïde artritis:  ja  nee
- Secundaire osteoporose:  ja  nee
- Alcoholgebruik > 3 eenheden per dag:  ja  nee

## KLINISCHE INFORMATIE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

HEUPPROTHESE	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Links
OSTEOSYNTHESEMATERIAAL LUMBALE WERVELZUIL	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

AANVRAGENDE GENEESHEER - (stempel + handtekening)

DATUM ONDERZOEK: ..... / ..... / .....