

BOTDENSITEITSMETING (DEXA)

Aanvraagformulier conform terugbetalingsregeling (KB 2 Juni 2010)

Patiëntgegevens (invullen of sticker)

Naam:

Geboortedatum:

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

- 1^e 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^e 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 voorgeschreven corticotherapie van meer dan drie 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:
 - 1. reumatoïde artritis
 - 2. evolutieve niet behandelde hyperthyreoïdie
 - 3. hyperprolactinemie
 - 4. langdurig hypogonadisme (inbegrepen therapeutische orchidectomie of langdurige behandeling met een gonadotrophine-releasing hormone analoog
 - 5. renale hypercalciurie
 - 6. primaire hyperparathyreoïdie
 - 7. osteogenesis imperfecta
 - 8. Ziekte/Syndroom van Cushing
 - 9. anorexia nervosa met BMI onder 19 kg/m²
 - 10. vroegtijdige menopauze (voor 45 jaar)
- De patiënt komt niet in aanmerking voor terugbetaling. Het volledige onderzoek wordt aan de patiënt aangerekend.

Gelieve te vervolledigen (gegevens in het kader van de verplichte FRAX-analyse):

Geboortedatum:...../...../.....

Geslacht: man / vrouw Gewicht:.....kg Lengte:.....cm

Vroege fracturen: ja / neen

Heupfracturen bij verwanten tot 2^e graad: ja / neen

Roken: ja / neen

Corticoïdgebruik: ja / neen

Reumatoïde artritis: ja / neen

Secundaire osteoporose: ja / neen

Alcoholgebruik > 3 eenheden per dag: ja / neen

Stempel + handtekening aanvragende arts

Datum:/...../.....