

AANVRAAGFORMULIER BOTDENSITOMETRIE (DEXA)

Patiëntgegevens of identificatieklever:

Naam + voornaam:

Adres:

NB: Indien de aanvraag niet of onvolledig is ingevuld, is er geen terugbetaling.

Terugbetalingsvoorwaarden (verplicht aan te kruisen):

- Het onderzoek wordt 1 maal per periode van 5 jaar vergoed bij volgende patiënten:
1. Vrouwen van meer dan 65 jaar met een familiale geschiedenis van osteoporose; bv. een heupfractuur bij familie van de eerste of tweede graad
 2. Ongeacht leeftijd of 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 ter hoogte van vingers, tenen, schedel, gelaat of van de cervicale wervelzuil
 - Patiënten met een voorgeschreven corticotherapie van meer dan 3 maand opeenvolgend aan een equivalent van > 7.5 mg prednisolone/dag
 - Oncologische patiënten onder anti-hormonale therapie of in menopauze als gevolg van de oncologische therapie
 - Oncologische patiënten onder anti-hormonale therapie of in menopauze als gevolg van de oncologische therapie
 - Patiënten met minstens één van de volgende risicoaandoeningen:
 - Reumatoïde artritis
 - Evolutieve niet behandelde hyperthyreoïdie
 - Hyperprolactinemie
 - Langdurig hypogonadisme (inbegrepen therapeutische orchidectomie of langdurige behandeling met een gonadotrophine-releasing hormone (GnRH) analoog)
 - Renale hypercalciurie
 - Primaire hyperparathyreoïdie
 - Osteogenesis imperfecta
 - Ziekte/syndroom van Cushing
 - Anorexia nervosa met Body Mass Index < 19 kg/m²
 - Vroegtijdige menopauze (<45 jaar)
- Patiënt komt niet in aanmerking voor RIZIV vergoeding.

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

Geboortedatum:

Gewicht:

Lengte:

Geslacht:

Vroegere fracturen:

Heupfractuur ouders:

Roken:

Corticoïdgebruik:

Secundaire osteoporose:

Alcoholgebruik > 3 eenheden per dag:

Stempel + handtekening aanvragende arts:

Datum: