

AANVRAAGFORMULIER BOTDENSITOMETRIE (DEXA)

Patiëntgegevens of identificatielever:

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
 - patiënten met minstens één van de volgende risico aandoeningen:
 - reumatoïde artritis
 - evolutieve niet behandelde hyperthyreoïdie
 - hyperprolactinemie
 - langdurig hypogonadisme (inbegrepen therapeutische orchidectomie of langdurige behandeling met een gonadotrophine-releasing hormone (GnRH)analooq)
 - 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 vervullen (gegevens in het kader van de verplichte FRAX-analyse):

Geboortedatum: Gewicht: Lengte:

Geslacht:

Vroegere fractuur:

Heupfractuur ouders:

Stempel+handtekening aanvragende arts:

Roken:

Corticoïdgebruik:

Secundaire osteoporose:

Alcoholgebruik > 3 eenheden per dag:

Datum: