

## **TOESTEMMINGSFORMULIER BOTDENSITOMETRIE**

Ondergetekende patiënt verklaart hierbij volledig door dr. .... geïnformeerd te zijn over de aard en doelstelling van de botdensitometrie, de eventuele alternatieven, de eraan verbonden risico's en de kostprijs.

Aldus is de patiënt ervan op de hoogte dat er volgens de huidige regelgeving geen tegemoetkoming is van het ziekenfonds voor de botdensitometrie, althans niet in de voor hem relevante indicatie.

Gezien er voor dit onderzoek geen tegemoetkoming is van het ziekenfonds verbindt ondergetekende patiënt er zich toe de voor deze tussenkomst verschuldigde honoraria, zijnde 35,38 euro (tarief op 10/10/2010 en indexgebonden), te vereffenen na ontvangst van de factuur.

Na voldoende te zijn voorgelicht verzoekt ondergetekende patiënt een botdensitometrie te ondergaan in het az groeninge te Kortrijk.

Deze toestemming wordt gegeven in overeenstemming met de bepalingen van art. 8 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt.

Patiënt

Handtekening,  
voorafgegaan door "Gelezen en goedgekeurd"

## AANVRAAG BOTDENSITOMETRIE

- campus kennedylaan ( Nucleaire Geneeskunde) tel.: 056 63 41 20  
 campus vercruysselaan (Medische beeldvorming) tel.: 056 63 40 06

fax.: 056 63 41 59  
fax.: 056 63 40 17

Datum aanvraag:

Datum afspraak:

NAAM : ..... VOORNAAM : ..... Geboortedatum:.....

**Lengte:** .....cm **Gewicht:** .....kg

Klinische inlichtingen: .....

VROUW

MAN

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Roken                             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Secondaire osteoporose            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alcoholgebruik > 3 glazen per dag | <input type="checkbox"/> |

**GEGEVENS voor FACTURATIE van BOTDENSITOMETRIE**

(KB 02.06.10 – BS 28.06.10)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> > 65 jaar + heupfractuur bij familie 1° of 2° graad                       | NVT                      |
| <input type="checkbox"/> Niet-oncologische “low impact” wervelfractuur                             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Perifere low impact fractuur (excl. vingers, tenen, schedel, gelaat, CWZ) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Corticoïden : > 3 maanden en > 7.5 mg prednisolone/dag                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Oncologische anti-hormonale therapie                                      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Oncologisch geïnduceerde menopauze  | NVT                      |

Risico-aandoeningen :

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reumatoïde artritis                                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Evolutive onbehandelde hyperthyroïdie               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hyperprolactinemie                                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hypogonadisme, ook na orchidectomie of GnRH-analoog | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Renale hypercalciurie                               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Primaire hyperparathyroidie                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfecta                             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ziekte/Syndroom van Cushing                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa (BMI < 19)                         | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vroegtijdige (< 45 jaar) menopauze                  | NVT                      |

BMD-historiek

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> BMD 1° maal          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> BMD > 5 jaar geleden | <input type="checkbox"/> |

**Aanvragende Geneesheer:**

Stempel

Handtekening

Voorbehouden dienst:  
**RIZIV**  Ja / Neen