

Identificatie van patiënt  
(invullen/strookje V.I./sticker)

Naam :  
Voornaam :  
Geboortedatum :  
Geslacht :  Mannelijk  Vrouwelijk



## AANVRAAGFORMULIER DIENST RADIOLOGIE

[www.sfz.be/radiologie](http://www.sfz.be/radiologie)

### DEXA (BOTDENSITEITSMETING)

#### Voorgestelde onderzoeken\*

- Dexa zonder terugbetaling  
 Dexa met terugbetaling volgens onderstaande voorwaarden

#### Handtekening + stempel aanvragende arts\* (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr)

Datum\* :

#### Klinische risicovariabelen : (gelieve in te vullen in kader van verplichte FRAX-analyse)

- |    |  |   |      |
|----|--|---|------|
| 1  | Leeftijd   | .....   | jaar |
| 2  | Geslacht   | <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> Man |      |
| 3  | Gewicht  | .....   | kg   |
| 4  | Lengte   | .....   | cm   |
| 5  | Vroegere fracturen                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |      |
| 6  | Heupfracturen bij verwanten tot de 2 <sup>de</sup> graad | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |      |
| 7  | Roken  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |      |
| 8  | Gebruik corticoïden                                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |      |
| 9  | Reumatoïde arthritis                                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |      |
| 10 | Secundaire osteoporosis                                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |      |
| 11 | Alcoholgebruik > 3 eenheden per dag                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee    |      |

Werd er reeds terugbetaling bekomen voor een DEXA in de afgelopen 5 j  Ja  Nee

#### Het onderzoek wordt vergoed bij volgende patiënten : (duid aan indien van toepassing)

- Groep 1: Vrouwen > 65 j met familiale geschiedenis osteoporose, nl een heupfractuur bij familie van 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> graad
- Groep 2: Ongeacht leeftijd of geslacht, indien één of meer van de volgende risicofactoren aanwezig
- Patiënten met niet oncologisch low impact wervelfractuur
  - Antecedent van perifere low impact fractuur (excl. fractuur thv vingers, tenen, schedel, gelaat, cervicale wervelzuil)
  - Pat. met voorgeschreven corticotherapie > 3 maand opeenvolgend aan een equivalent van > 7,5 mg prednisolone/dag
  - Oncologische pat. onder anti-hormonale therapie of in menopauze als gevolg van de oncologische therapie
  - Pat. met minstens één van volgende risico-aandoeningen:
    - Reumatoïde arthritis
    - Evolutive niet behandelde hyperthyreoidie
    - Hyperprolactinemie
    - Langdurig hypogonadisme (incl. therapeutische orchidectomie of langdurige behandeling met een GnRH analoog)
    - Renale hypercalciurie
    - Primaire hyperparathyreoidie
    - Osteogenesis imperfecta
    - Ziekte/Syndroom van Cushing
    - Anorexia nervosa met BMI < 19 kg/m<sup>2</sup>
    - Vroegtijdige menopauze (< 45j)

Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking als alle **verplichte rubrieken**\* correct ingevuld zijn door de aanvragende arts (cfr. RIZIV-bepaling artikel 17§12). Indien dit niet het geval is, kan de normale afwerking van het aangevraagde onderzoek vertraging oplopen.