

**Überweisung und medizinische Nutzenabschätzung DXA/DEXA Untersuchung**

**Patienten-Informationen**

Name:

Geburtsdatum:

E-Mail:

**Sehr geehrtes T&D Team**

Ich kontaktiere Sie, um Ihnen Herrn/Frau ***(Name Patient/Patientin)*** für eine weiterführende DXA/DEXA Untersuchung zu überweisen.

**Diagnose/Verdachtsdiagnose: (kurze Schilderung der Sachlage):**

Personen mit Muskelverletzungen (orthopädisch induzierte DXA/DEXA)

Zutreffende Personengruppe bitte ankreuzen

Personen mit Fettleibigkeit(metabolisch induzierte DXA/DEXA)

Zutreffende Personengruppe bitte ankreuzen

**Mit freundlichen Grüssen**

**(Überweisender Arzt)**

**Bitte senden Sie das Formular an info@training-and-diagnostics.ch**