

# BONVIVA® i.v. (Ibandronat)

## Mitteilung an Krankenversicherung

**Indikation:** Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen zur Reduktion des Risikos von vertebrealen Frakturen.  
**Limitatio:** Dokumentierte Osteoporose (Reduktion um mehr als 2,5 Standard-Abweichungen bei der Osteodensitometrie oder bei Fraktur).

### Personalien Patient(in):

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb.-Dat.:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Krankenversicherer:	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>		
Adresse Versicherer:	<input type="text"/>	Fax-Nr.:	<input type="text"/>		

**Zum Präparat:**      **BONVIVA®** Fertigspritze 3 mg / 3 ml, 324 56 47 (Pharmacode)

**T-Score** LWS oder Schenkelhals            Datum, DXA (TT/MM/JJJJ):     

### Falls osteoporotische Fraktur, Beschreibung

**Speziell zur Abgabe:** Patientin hat

- ungenügendes Ansprechen einer oralen Therapie       Gastrointestinale Probleme       schlechte Compliance  
 Probleme mit Schlucken oder aufrechter Haltung

Bemerkungen:

### Arzt/Ärztin:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>
Tel.:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
		E-Mail:	<input type="text"/>
bei Spital, Abteilung/Klinik:			
<input type="text"/>			

Datum: ..... Stempel/Unterschrift:.....