



KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover

**Nachweis über die medizinische Notwendigkeit
einer Knochendichthemessung (DXA)**

Ich bestätige, dass die Knochendichthemessung (DXA) bei der nachfolgend genannten Person aufgrund einer medizinischen Indikation (M80, M81 oder M82) durchgeführt wird:

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____ Versichertennummer: _____

Praxisname: _____

Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel