



ANAMNESEBOGEN KNOCHENDICHTEMESSUNG

Abteilung Röntgen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte beantworten Sie nachstehende Fragen.

Ihr Alter: _____ Jahre

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wurde bereits bei Ihnen die Knochendichte gemessen? ja nein
 Falls ja, wann? _____ Wo? _____
 Ist bei Ihnen eine Osteoporose diagnostiziert worden? ja nein
 Falls ja, wann? _____ Wo? _____
 Dürfen wir die Voruntersuchung anfordern? ja nein
 Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose? ja nein
 Falls ja, welche? _____

Hatten Sie einen oder mehrere Wirbelkörperbrüche? einen Bruch mehrere Brüche ja nein
 Hatten Sie andere Knochenbrüche nach dem 50. Lebensjahr? ja nein
 Falls ja, welche? _____
 Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk? ja nein
 Falls ja, auf welcher Seite? links rechts beidseitig
 Haben oder hatten Sie eine Therapie mit Cortison? ja nein
 Falls ja, in welcher Dosierung? _____
 Haben Sie ein Cushing Syndrom? ja nein
 Haben Sie eine Überfunktion der Nebenschilddrüse (= Hyperparathyreoidismus)? ja nein

Haben oder hatten Sie eine Therapie mit Aromatasehemmer? ja nein
 Haben oder hatten Sie eine Therapie mit antiandrogenen Hormonen? ja nein
 Haben Sie einen Wachstumshormonmangel bei Hypophysenerkrankung? ja nein
 Haben Sie eine rheumatische Erkrankung? ja nein

Hatte ein Elternteil von Ihnen einen Oberschenkelhalsbruch? ja nein
 Ist in Ihrer Familie Osteoporose aufgetreten? ja nein
 Haben Sie Untergewicht? ja nein
 Können Sie sich schlecht bewegen oder /und leiden Sie unter Bewegungsarmut? ja nein
 Sind Sie Raucher/-in? ja nein
 Nehmen Sie Schlafmittel? ja nein
 Nehmen Sie schwindelverursachende Medikamente? ja nein
 Nehmen Sie Antidepressiva? ja nein
 Nehmen Sie Neuroleptika = Antipsychotika? ja nein
 Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein
 Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie? _____
 Hatten Sie eine Magenoperation? ja nein
 Haben Sie eine Überfunktion der Schilddrüse? ja nein
 Haben Sie Epilepsie? ja nein

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Datum/Unterschrift