



## ANAMNESEBOGEN KNOCHENDICHTEMESSUNG

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

Name _____	Vorname _____	Alter _____
Körpergröße _____ cm	Körpergewicht _____ kg	
Wurde bereits bei Ihnen die Knochendichte gemessen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wann? _____	Wo? _____	
Ist bei Ihnen eine Osteoporose diagnostiziert worden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wann? _____	Wo? _____	
Dürfen wir die Voruntersuchung anfordern?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche? _____		
Hatten Sie einen oder mehrere Wirbelkörperbrüche?	<input type="checkbox"/> einen Bruch <input type="checkbox"/> mehrere Brüche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie andere Knochenbrüche nach dem 50. Lebensjahr?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche? _____		
Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, auf welcher Seite?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig	
Haben oder hatten Sie eine Therapie mit Cortison?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, in welcher Dosierung? _____		
Haben Sie ein Cushing Syndrom?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Überfunktion der Nebenschilddrüse (= Hyperparathyreoidismus)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie eine Therapie mit Aromatasehemmer?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie eine Therapie mit antiandrogenen Hormonen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Wachstumshormonmangel bei Hypophysenerkrankung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine rheumatische Erkrankung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatte ein Elternteil von Ihnen einen Oberschenkelhalsbruch?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist in Ihrer Familie Osteoporose aufgetreten?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Untergewicht?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Können Sie sich schlecht bewegen oder /und leiden Sie unter Bewegungsarmut?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Raucher/-in?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Schlafmittel?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie schwindelverursachende Medikamente?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Antidepressiva?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Neuroleptika = Antipsychotika?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie? _____		
Hatten Sie eine Magenoperation?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Überfunktion der Schilddrüse?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Epilepsie?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sie haben Anspruch auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. (Nach § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Anamnesebogens.  Ich möchte eine Kopie dieses Anamnesebogens.

**Mit der geplanten Untersuchung erkläre ich mich einverstanden.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_