



## ANAMNESEBOGEN KNOCHENSZINTIGRAPHIE

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns eine detaillierte und umfassende Diagnose zu ermöglichen, möchten wir Sie bitten, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Falls Sie etwas nicht wissen oder nicht verstanden haben, so haben Sie Gelegenheit, dieses später im Arztgespräch zu klären.

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____

Hatten Sie schon einmal ein Knochenszintigramm?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten oder haben Sie ein bekanntes Krebsleiden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welcher Art (Brust, Prostata, etc.)?	_____
Haben Sie ein künstliches Gelenk?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hüfte <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum der letzten Operation _____
Knie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum der letzten Operation _____
Sonstiges _____ <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum der letzten Operation _____
Ist mehrfach am Gelenkersatz operiert worden (z. B. TEP-Wechsel)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls ja, wann?	_____
Seit wann bestehen die Beschwerden?	_____
Sind diese ausstrahlend z.B. ins Bein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?	_____
Sind Sie in letzter Zeit gestürzt, haben sich gestoßen oder sind umgeknickt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gab es in der Vergangenheit Knochenbrüche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?	_____

Für Frauen im gebärfähigen Alter:	
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stillen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Vielen Dank für Ihre Angaben!**

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