



RADIOLOGIE-EINS

Fragebogen Knochendichtemessung

Name, Vorname..... Geburtsdatum:.....

Ihr Körpergewicht kg

Ihre Körpergröße..... m

Treiben Sie Sport bzw. Gymnastik? ja nein

Ist eine familiäre Osteoporose bekannt? ja nein

Hatten Sie schon einmal Knochenbrüche? ja nein

Wenn ja, welche/ wann?.....

Rauchen Sie? ja nein

Sind in letzter Zeit Röntgenaufnahmen
der Wirbelsäule angefertigt worden? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie?

.....

Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein

Erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre Untersuchungsergebnisse
(Analyse) an den behandelnden Arzt weitergeben (§73 Abs. 1 b SGB V)?

ja nein

Berlin, den.....

Unterschrift.....