



RADIOLOGIE-EINS

## Fragebogen Knochendichtemessung

Name, Vorname.....geb. am:.....

Ihr Körpergewicht ..... kg

Ihre Körpergröße..... m

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? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose?  ja  nein  
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen oder mehrere Wirbelkörperbrüche?  
 einen Bruch  mehrere Brüche  keine Brüche

Wurden Sie an der Wirbelsäule operiert?  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 eine Überfunktion der Nebenschilddrüse?  
(=Hyperparathyreoidismus)  ja  nein

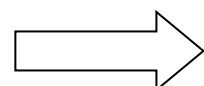
Haben oder hatten Sie eine Therapie mit Aromatasehemmer?  
(gegen weibliche Hormone)  ja  nein

Haben oder hatten Sie eine Therapie mit antiandrogenen Hormonen?  
(gegen männliche Hormone)  ja  nein

Haben Sie einen Östrogenmangel?  ja  nein

Haben Sie einen Wachstumshormonmangel bei Hypophysenerkrankung?  ja  nein

Bitte wenden



**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

**Sind Sie Raucher/-in?**  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

**Für Frauen:** Sind Sie schwanger?  ja  nein

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

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

Berlin, den..... Unterschrift.....