

FRAGEBOGEN ZUR KNOCHENDICHTE

Patient: _____ geb. am: _____

Sehr geehrte liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Bitte beachten Sie den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“.

Überweisender Arzt: _____ Hausarzt: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft ja nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Knochendichtemessung durchgeführt ja nein

wenn ja, wann (Jahr) _____ und wo _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? ja nein

→ Wenn „ja“ geben Sie bitte **ALLE** Medikamente an (auch Medikamente, die sie wegen Ihrer Osteoporose nehmen)

- Cortison
- Calcium
- Vitamin D3
- Hormone
- sonstige _____

Bei Cortisonpatienten wird eine weitere Untersuchung nach Beendigung der Einnahme empfohlen.

Knochenerkrankungen/Osteoporose in der Familie? ja nein

Sind Sie wegen einer Krankheit in dauernder Behandlung? ja nein

Wenn ja, welche Krankheit _____

Haben Sie Prothesen an Hüfte oder Wirbelsäule? ja nein

Hatten Sie bereits Frakturen/Knochenbrüche? ja nein

an welchem Körperteil	durch einen Unfall?	ohne äußeren Anlass
_____	Jahr _____	Jahr _____
_____	Jahr _____	Jahr _____

Wiesbaden, den _____ Unterschrift: _____
Unterschrift Patient

Ich habe eine Kopie meines Fragebogens erhalten _____
Unterschrift Patient

wird von Praxis ausgefüllt

Pat-ID: «1» Zugriffsnummer: «81» Bediener: _____ c GY cm: _____