

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“.

1. Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Überweisender Arzt: _____

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

3. Wurde bei Ihnen bereits eine Knochendichtemessung durchgeführt ja nein

wenn ja, wann (Jahr) _____ und wo _____

4. 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.

5. Knochenerkrankungen/Osteoporose in der Familie? ja nein

6. Sind Sie wegen einer Krankheit in dauernder Behandlung? ja nein

Wenn ja, welche Krankheit _____

7. Haben Sie Prothesen an Hüfte oder Wirbelsäule? ja nein

8. Hatten Sie bereits Frakturen/Knochenbrüche? ja nein

an welchem Körperteil

durch einen Unfall?

ohne äußeren Anlass

Jahr _____

Jahr _____

Jahr _____

Jahr _____

Datum: _____

Unterschrift Patient (Pat. unter 18 Jahren
bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

wird von Praxis ausgefüllt

Pat-ID: _____ Zugriffsnummer: _____ Bediener: _____ c GY cm: _____