

Anamnese zur Knochendichtemessung

Name: Straße:
Vorname: PLZ/Ort:
Geb.-Datum: Überweisender Arzt:
Telefonnummer: Krankenkasse:

Allgemeines

Welches **Körpergewicht/ -größe** haben Sie?
.....kgcm

Beruf (früher):

Medikamente

Cortison nein ja seit wann?.....

Welche?.....

Schilddrüsenhormone

nein ja seit wann?.....

Welche?.....

Osteoporose-Medikamente

a) Calcium und Vitamin D3

nein ja seit wann?.....

Welche?.....

b) Spezielle Medikamente (z.B. Bisphosphonate)

nein ja seit wann?.....

Welche?.....

c) Hormontherapie (z.B. Östrogene etc.)

nein ja seit wann?.....

Welche?.....

Gynäkologische Anamnese

Erste Regelblutung.....

Letzte Regelblutung.....

Gynäkologische OPs nein ja wann.....

Welche?.....

Schwangerschaften..... **Geburten**.....

Stillzeit.....

Krebserkrankungen nein ja wann?.....

Welche?.....

Sonstiges

Rauchen nein ja **Milchprodukte** nein ja

Alkohol nein ja

Sportliche Aktivitäten nein ja Wie oft/Woche?.....

Beschwerden und Krankheiten

Knochenschmerzen nein ja seit.....

Rückenschmerzen nein ja seit.....

Knochenbrüche durch Unfall wann?.....

Knochenbrüche ohne Unfall wann?.....

Sturztendenzen nein ja wann.....

Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Untersuchung ein: nein ja **X**
Datum Unterschrift Patient/in

Ich verzichte auf eine Kopie
des Anamnesebogens, der nachträglich jederzeit ausgehändigt werden kann. **X**
Unterschrift Patient/in