



ANAMNESEBOGEN KNOCHENDICHTEMESSUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte beantworten Sie nachstehende Fragen.

Name _____ Vorname _____ Alter _____

Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

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? _____

Dürfen wir die Voruntersuchung anfordern? ja nein

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose? ja nein

Falls ja, welche? _____

Hatten Sie einen oder mehrere Wirbelkörperbrüche? einen Bruch mehrere Brüche 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 **Nebens**childdrüse (= 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

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

Können Sie sich schlecht bewegen oder /und leiden Sie unter Bewegungsarmut? ja nein

Sind Sie Raucher/-in? ja nein

Nehmen Sie Schlafmittel? ja nein

Nehmen Sie schwindelverursachende Medikamente? ja nein

Nehmen Sie Antidepressiva? ja nein

Nehmen Sie Neuroleptika = Antipsychotika? 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

Sie haben Anspruch auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. (Nach § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. Ich möchte eine Kopie dieses Anamnesebogens.

Mit der geplanten Untersuchung erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in