

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bei Ihnen soll eine

Mineralometrie (Knochendichtmessung)

durchgeführt werden. Zur Bewertung der Ergebnisse der Knochendichtmessung benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen. Wir bitten Sie daher, die folgenden Fragen möglichst genau und vollständig zu beantworten.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name: _____ **Archivnummer:** _____
Vorname: _____ **Geschlecht:** M W
Geboren: _____ **Größe:** _____ **Gewicht:** _____

- Ist bei Ihren Eltern oder Geschwistern Osteoporose aufgetreten? Ja Nein
- oder sind bei diesen häufig Knochenbrüche aufgetreten? Ja Nein
- Sind bei Ihnen selbst Knochenbrüche aufgetreten? Ja Nein
- Falls ja, wann? _____ an welcher Stelle? _____
- Lag bei Ihnen eine längere bettlägerige Krankheit vor? Ja Nein
- Falls ja, wann? _____ wie lange? _____
- Leiden Sie unter Erkrankungen folgender Organe und falls ja, seit wann?
Nieren: _____ Schilddrüse: _____ Asthma: _____
Krebs: _____ Rheuma: _____ Anderes: _____
- Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose? Ja Nein
- Falls ja, Präparat: _____ Dosis: _____ seit: _____
- Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente? Ja Nein
- Falls ja, welche? _____
- Erfolgte bereits früher eine Knochendichtmessung? Ja Nein
- Falls ja, wann? _____ wo? _____

Zusätzliche Angaben bei Frauen:

- Regelblutung noch vorhanden? Ja Nein
- falls nein, seit wann nicht mehr? _____
- Wurden ein oder beide Eierstöcke entfernt? Beide Einer Keiner
- Nehmen Sie weibliche Hormone? Ja Nein
- falls ja, welches Präparat? _____ Seit wann? _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, alle Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____
(Patient bzw. Erziehungsberechtigter)