

Osteodensitometrie

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

bei Ihnen soll eine Knochendichtemessung durchgeführt werden. Dazu werden sowohl die Lendenwirbelsäule wie auch die Hüfte untersucht. Bitte beantworten Sie, soweit es Ihnen möglich ist, folgende Fragen sorgfältig:

Name:

Geburtsdatum:

1. Wurde schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann _____
2. Nehmen Sie regelmäßig Kortison ein oder bekommen es gespritzt? ☐ ja ☐ nein
3. Nur für Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein
4. Bestehen bei Ihnen Wirbelkörperbrüche? ☐ ja ☐ nein
5. Ist in Ihrer Familie eine Osteoporose gesichert oder lagen bei Ihren Eltern Schenkelhalsfrakturen vor? ☐ ja ☐ nein
6. Sind Sie mehr als einmal in den letzten 12 Monaten ohne äußere Einflüsse gestürzt? ☐ ja ☐ nein
7. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein
8. Leiden Sie unter folgenden Stoffwechselerkrankungen: ☐ ja ☐ nein
Diabetes mellitus Typ 1, Überfunktion der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse
rheumatoide Arthritis, Cushing (ggf. bitte unterstreichen)?
9. Nehmen Sie regelmäßig eines oder mehrere der folgenden Medikamente ein? ☐ ja
☐ nein
Sedativa (Beruhigungsmittel), Blutdruck-Medikamente oder gegen Schwindel,
Antidepressiva, Antiepileptika (Mittel gegen Gehirnkämpfe),
Glitazonen (bei Diabetes: Actos® oder Avandia®), Mittel nach Brustkrebs
oder Prostatakrebs, wenn ja welche? _____
10. Haben Sie einen Hüftgelenkersatz und wenn ja, auf welcher Seite ☐ re ☐ li ☐ ja ☐ nein

Einwilligungserklärung:

Ich willige hiermit in die geplante Untersuchung ein. Die Hinweise zu der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum/Unterschrift der Patientin/des Patienten. Bei Kindern sollten beide Eltern unterschreiben. Ansonsten versichert die/der Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Wird durch die Praxismitarbeiterin ausgefüllt:

Körpergewicht: kg Körpergröße: cm

Zuordnung in Risikogruppe ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D