



Name: \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

### Knochendichtemessung

Um die diagnostische Qualität unserer Untersuchung zu steigern, ersuchen wir Sie höflichst, die folgenden Fragen zu beantworten:

1. **Wie groß sind Sie?** \_\_\_\_\_ cm
2. **Wie schwer sind Sie?** \_\_\_\_\_ kg Zutreffendes bitte ankreuzen
3. **Hatten Sie schon eine Knochendichtemessung?**  
Falls ja, geben Sie etwaige Vorbefunde bitte der Assistentin!  ja  nein
4. **Haben Sie eine Hüftprothese?**  ja  nein  
Falls ja, welche Seite? \_\_\_\_\_
5. **Sind Sie an der Wirbelsäule operiert?**  ja  nein
6. **Hatten Ihre Mutter oder Ihr Vater Schenkelhalsbrüche?**  ja  nein
7. **Rauchen Sie?**  ja  nein
8. **Trinken Sie drei oder mehr Einheiten Alkohol pro Tag?**  ja  nein
9. **Haben Sie schon Cortison eingenommen?**  ja  nein  
Falls ja, wann und wie lange? \_\_\_\_\_
10. **Bitte kreuzen Sie an ob eine der nachstehenden Erkrankungen bei Ihnen bekannt ist.**  
 Insulinabhängiger Diabetes  Frühe Menopause (< 45 Jahren)  
 Chronische Mangelernährung  Chronische Lebererkrankung  
 Arthritis  Knochenbrüche/Wirbeleinbrüche im Erwachsenenalter  
Falls ja, in welchen Bereich? \_\_\_\_\_  
 Bösartige Erkrankungen (z.B. Brustkrebs)  
 Osteogenesis imperfecta (Glasknochenkrankheit)  
 unbehandelte Überfunktion der Schilddrüse
11. **Nehmen Sie Medikamente für die Knochen?**  ja  nein  
Falls ja, welche? (bitte ankreuzen)  
 Dicronel  Actonel  Fosamax  Maxi-Kalz  
 Cal-D-or  Calcimagon-D3  Osteo-Aktiv  Evista  
 Progyna  D-Vita  Protelos  3-Monatsspritze

#### **Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr**

12. **Möchten Sie, dass Sie das DZB für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm anmeldet, sodass Sie in den nächsten Tagen bei uns eine kostenlose Mammographie durchführen können?**  ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_