



# DIAGNOSE ZENTRUM BRIGITTENAU



01222333210813027208

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

## Knochendichtemessung

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

1. **Wie schwer sind Sie?** \_\_\_\_\_ kg
2. **Wie groß sind Sie?** \_\_\_\_\_ cm Zutreffendes bitte ankreuzen
3. **Hatten Sie schon eine Knochendichtemessung?**  ja  nein  
Falls ja, geben Sie etwaige Vorbefunde bitte der Assistentin!
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 täglich Alkohol?**  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.**

<input type="checkbox"/> Insulinabhängiger Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/> frühe Menopause (< 45 Jahre)
<input type="checkbox"/> Chronische Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Chronische Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Rheumatische Arthritis	<input type="checkbox"/> Knochenbrüche/Wirbeleinbrüche ab 40 Jahren
Falls ja, in welchem Bereich: _____	
<input type="checkbox"/> Bösartige Erkrankungen (z.B. Brustkrebs)	<input type="checkbox"/> Hypogonadismus
<input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfecta (Glasknochenkrankheit)	<input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung
<input type="checkbox"/> unbehandelte Überfunktion der Schilddrüse	
11. **Nehmen Sie Medikamente für die Knochen?**  ja  nein

**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