



Ihre Fachärzte/-innen
für Diagnostische
Radiologie

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
MainRadiologie
Dr. T. C. Miller und Partner

DEXA – Anamnesebogen (Knochendichtemessung)

Patientenname: _____ Geb.-Datum: _____
(Druckbuchstaben)

Gewicht: _____ Größe: _____ Tel.: _____ Mobil: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten? Ja Nein

• Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine Knochendichtemessung
außerhalb unserer Praxis durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja: Wann? _____ Wo? _____

• Wurden Sie im Bereich **der Hüften oder der LWS** bereits operiert? Ja Nein

Wenn ja: Wurde Metall implantiert z.B. Hüft-Prothese, Implantate? Ja Nein

• Ist bei Ihnen eine **Infektionskrankheit** bekannt? Ja Nein

Wenn ja: Welche? Hepatitis Covid 19
 Tuberkulose Sonstige
 HIV _____

Schwangerschaft/Stillzeit

• Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

• Stillen Sie zur Zeit ein Kind? Ja Nein
 Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____