Ihre Fachärzte/-innen
für Diagnostische
Radiologie

Überörtliche
Berufsausübungsgemeinschaft
MainRadiologie
Dr. med. Isabel Rauner,
Dr. med. Julian Donhauser et al.
Fachärztinnen und -ärzte
in Partnerschaft

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
  - ◯ Tuberkulose
  - ◯ HIV
  - ◯ Covid 19
  - ◯ Sonstige

- Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? ◯ **Ja** ◯ **Nein**

Datum: **Unterschrift:**

Speichern Drucken