



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? z.B. Hepatitis/HIV/Tbc/Covid-19  
**Wenn ja:** Welche?

• Ist bei Ihnen eine **Krebserkrankung** bekannt?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Welche?

• Nehmen Sie regelmäßig **Hormone** ein?  Ja  Nein

• Nehmen Sie regelmäßig **Cortison** ein?  Ja  Nein

• Wird aktuell oder wurde früher eine **Cortisontherapie** durchgeführt?  Ja  Nein

• Wird aktuell eine **Osteoporosetherapie** durchgeführt?  Ja  Nein  
**Wenn ja:** Welche?

• Nehmen Sie **Vitamin D Präparate** ein?  Ja  Nein

• Haben Sie in den letzten 5 Jahren **Knochenbrüche** erlitten?  
**Wenn ja:** Welche Knochen sind gebrochen?

• Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? Bitte alle Frauen ausfüllen  Ja  Nein

**Datum:**  **Unterschrift:**