



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: <small>(Druckbuchstaben)</small>		Geb.-Datum:
Tel.:	Mobil:	E-Mail:
Gewicht:	Größe:	
Hausarzt:	Ort:	
Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

- Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine Knochendichtemessung **außerhalb unserer Praxis** durchgeführt?  
**Wenn ja:** Wann? Wo?  Ja  Nein
- 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?  Ja  Nein
- Ist bei Ihnen eine **Krebserkrankung** bekannt? **Wenn ja:** Welche?  Ja  Nein
- Nehmen Sie regelmäßig **Hormone** ein?  Ja  Nein
- Wird aktuell oder wurde früher eine **Cortisontherapie** durchgeführt?  Ja  Nein
- Wird aktuell eine **Osteoporosetherapie** durchgeführt?  
**Wenn ja:** Welche?  Ja  Nein
- Nehmen Sie **Vitamin D Präparate** ein?  Ja  Nein
- Haben Sie in den letzten 5 Jahren **Knochenbrüche** erlitten?  
**Wenn ja:** Welche Knochen sind gebrochen?  Ja  Nein
- Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? Bitte alle Frauen ausfüllen  Ja  Nein

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_