



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: (Druckbuchstaben)		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:** _____