

Osteodensitometrie (Knochendichte)

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Abnahme der Körpergröße? **JA** um _____ cm **NEIN**

1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt? **JA** **NEIN**

2. Haben Sie zur Zeit Knochen- bzw. Gelenkschmerzen? **JA** **NEIN**

Wenn JA, wo? _____

3. Hatten Sie in letzter Zeit einen Wirbel- oder Knochenbruch? **JA** **NEIN**

Wenn JA, wo? _____ Wann? _____

4. Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt? **JA** **NEIN**

Wenn JA – Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein?

JA **NEIN**

- Vitamin D
- Calcium
- anderes Medikament: _____

5. Besteht eine familiäre Osteoporose? **JA** **NEIN**

6. Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

- Cortison Dosierung? _____ mg seit wann? _____
- Aromatase-Hemmer
- Antiepileptikum

7. Ist eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

- Schilddrüsen-Überfunktion (Hyperthyreose)
- Hyperparathyreodismus
- Cushing-Syndrom
- Diabetes Mellitus Typ I
- Rheumatische Erkrankung

8. Wurden Sie schon an der Hüfte operiert? **JA** Rechts Links **NEIN**

9. Wurden Sie schon an der Wirbelsäule operiert? **JA** **NEIN**

NUR FÜR FRAUEN:

10. Befinden Sie sich in der Menopause? **JA** **NEIN**

interne Angaben zur Mobilität:

voll eingeschränkt stark eingeschränkt auf Hilfe angewiesen