

Patient-Etikett

KNOCHENDICHTEMESSUNG (DEXA) FRAGEBOGEN

Gewicht kg Größe cm

Wann war Ihre letzte Knochendichtemessung? (Datum)

Bei Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Alter der letzten Blutung: Jahre

Haben Sie seit ihrem 40. Lebensjahr einen Knochenbruch erlitten (außer Kopf, Hand, Fuß)? ja nein

Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater jemals einen Oberschenkelhalsbruch erlitten? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Glucocorticoide:

Nehmen Sie Cortison in Tablettenform ein? ja nein

Haben Sie jemals Cortison Tabletten über einen Zeitraum von mehr als 3 Monaten
eingenommen? ja nein

Benutzen Sie regelmäßig einen Asthmaspray (min. 8 Hübe/Tag)? ja nein

Haben Sie rheumatische Arthritis? ja nein

Sekundäre Osteoporose:

Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt oder haben Sie aktuell Knochenbeschwerden? ja nein

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes Typ 1)? ja nein

Leiden Sie an einer Schilddrüsenüberfunktion? ja nein

Leiden Sie an Hypogonadismus? ja nein

Leiden oder litten Sie unter Bulimie oder Magersucht? ja nein

Haben Sie eine Nahrungsmittelunverträglichkeit? ja nein

Leiden Sie an einer chronischen Durchfallerkrankung? ja nein

Leiden Sie an einer chronischen Lebererkrankung? ja nein

Konsumieren Sie täglich mehr als 3 Einheiten Alkohol? ja nein

.....
Datum

.....
Unterschrift