

Patientenfragebogen zur Osteodensitometrie (DXA) Pat. Nr. _____

1. Name, Vorname: _____

2. Geburtsdatum: _____

3. Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

4. Aktuelles Gewicht / Größe / Höchstgröße (20 Jahre): _____ kg / _____ cm, / _____ cm

5. Anzahl Leibliche Kinder: ☐ Ja / ☐ Nein / Leibliche: _____

6. In welchem Alter traten Sie in die Menopause ein? _____ Jahre

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja / ☐ Nein

Falls ja, Medikamentenplan unbedingt an der Anmeldung abgeben

8. Chronische Erkrankungen (z. B. Rheuma, Schilddrüse, Nieren, Leber,

Diabetes, Malabsorption, Gastritis) ☐ Ja / ☐ Nein

10. Welche Behandlung wurde durchgeführt?

11. Hatten Sie bisher Fraktur (Knochenbrüche)? ☐ Ja / ☐ Nein

Wenn ja, bitte angeben: Welche Knochen (z. B. Wirbelkörper, Hüfte, Unterarm),
Datum Jahr, _____

12. Familiäre Osteoporose bekannt? ☐ Ja / ☐ Nein

Wenn Ja, bei wem? _____

13. Nikotin (Raucher): ☐ Ja Falls Ja wie viele am Tag _____ ☐ Nein ☐ Früher

14. Zustimmung zur Untersuchung: Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass bei mir eine Osteodensitometrie (DXA) zur Messung der Knochendichte durchgeführt wird. Ich wurde über Zweck, Ablauf, mögliche Risiken und Nutzen der Untersuchung aufgeklärt.

Hinweis für Patientinnen (falls zutreffend), Angabe zur möglichen oder bestehenden Schwangerschaft, bitte ankreuzen: ☐ Ja / ☐ Nein

15. ☐ Ich stimme der Durchführung der DXA-Messung zu.

Ich möchte, dass ich für einen zukünftigen Kontrolltermin automatisch erinnert werde. ☐ Ja / ☐ Nein

16. Ort, Datum: Kirchheim, _____

Unterschrift des Patienten / der Patientin: _____