MVZ Radiologie München Süd West

Fragebogen zur Knochendichtemessung

Name _____

Alter _____ Größe _____ Gewicht _____

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen:

1. Wurde früher bereits eine Knochendichtemessung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, wann zuletzt? _____
2. Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
3. Für Frauen: Wann war ihre letzte Periode? _____
4. Leiden sie an Rheuma oder anderen chronischen Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, welche? _____
5. Nehmen Sie regelmäßig Cortison, Methotrexat oder Hormone? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, welche und seit wann? _____
6. Nehmen Sie regelmäßig Kalzium oder Vitamin-D Präparate? ☐ Ja ☐ Nein
7. Nehmen Sie spezielle Medikamente gegen Osteopose? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, welche und seit wann? _____
8. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Knochenbrüche? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, welche? _____
9. Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk? ☐ Ja ☐ Nein
10. Haben Sie nach Operationen Metall in der Lendenwirbelsäule? ☐ Ja ☐ Nein
11. **Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft?** ☐ Ja ☐ Nein
12. **Mit der Röntgenuntersuchung bin ich einverstanden** ☐ Ja ☐ Nein

_____ Datum

_____ Unterschrift

Indikation zur Röntgenuntersuchung durch einen fachkundigen Arzt geprüft: _____