



Knochendichtemessungsanamnese

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Körpergröße und Körpergewicht	

- Würde bei Ihnen schon eine Knochendichtemessung durchgeführt? ja nein
- Falls ja, wann?
- Hatten Sie einen oder mehreren Knochenbrüche? ja nein
- Falls ja, im welchem Alter?
- Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk? ja nein
- rechts links beidseitig
- Hatten Sie eine Wirbelsäulenversteifung, mit Zement? ja nein
- Haben Sie Epilepsie? ja nein
- Sind Sie Herzkrank? ja nein
- Haben Sie eine Überfunktion der Schilddrüse? ja nein
- Sind Sie Diabetiker? ja nein

Frauenanamnese:

- Sind Sie Schwanger? ja nein
- Sie sind Mutter mehrere Kindern? ja nein
- Ihre Menopause begann vor dem 45. Lebensalter? ja nein
- Ihre Eierstöcke mussten operativ entfernt werden? ja nein
- Haben oder hatten Sie eine Therapie mit Aromatasehemmer? ja nein

Männeranamnese:

- Sind bei Ihnen einen niedrigen Testosteronspiegel gemessen worden? ja nein
- Haben oder hatten Sie eine Therapie mit antiandrogenen Hormonen? ja nein

Lebensstil:

- Sind Sie Raucher? ja nein
- Trinken Sie mehrmals die Woche Alkohol? ja nein
- Ich ernähre mich ausgewogen mit (Milch, Käse, Milchprodukte, frischem Gemüse und Fleischprodukte) ja nein

Medikamente:

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
- Falls ja, welche?

Mit der geplanten Untersuchungen erkläre ich mich einverstanden:

Datum :

Unterschrift