

Anamnese zur Knochendichtemessung

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Krankenkasse:

Anschrift:

Allgemeines

Aktuelle Körpergröße:.....cm

Körpergewicht:..... Kg

Beruf (früher):.....

Medikamente

Cortison: nein ja, welche / seit wann.....

Schilddrüsenhormone: nein ja, welche / seit wann.....

Osteoporose-Medikamente:

a) Calcium und Vitamin D3: nein ja, welche / seit wann.....

b) Spezielle Medikamente (z.B. Bisphosphonate):

nein ja, welche / seit wann.....

c) Hormontherapie (z.B. Östrogene etc.):

nein ja, welche / seit wann.....

Gynäkologische Anamnese

Erste Regelblutung: Letzte Regelblutung:.....

Gynäkologische OP's: nein ja, welche und wann?.....

Schwangerschaften:..... Geburten..... Stillzeit:.....

Krebserkrankungen

nein ja, welche und wann?.....

Sonstiges

Rauchen: nein ja Alkohol: nein ja Milchprodukte: nein ja

Sportliche Aktivitäten: nein ja, wie oft / Woche.....

Beschwerden und Krankheiten

Knochenschmerzen: nein ja, seit..... Rückenschmerzen: nein ja, seit.....

Knochenbrüche **durch** Unfall / wann?..... Knochenbrüche **ohne** Unfall / wann?.....

Sturztendenzen: nein ja, wann?.....

Berlin, den.....

Unterschrift Patient/in.....