

MVZ Radiologie Tempelhof GmbH
Mariendorfer Damm 26, 12109 Berlin

Dr. med. Jörg Büsselberg*
Andreas Gierke*
Dipl.-Med. Jacqueline Janke
Elke Magerl
Dr. med. Kathrin Häßler

Fon: 030-705 500 90 0
Fax: 030-705 500 90 11
*Geschäftsführer

Anamnese zur Knochendichtemessung

Name:	Krankenkasse:
Vorname:	Beihilfe (nur für Privatpatienten) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geb.-Datum:	Telefonnummer:
Adresse:	

Beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte sehr sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus!
Zutreffendes bitte ankreuzen!

Allgemeines

Welches **Körpergewicht/ -größe** haben Sie?

.....kg cm

Beruf (früher):

Medikamente

Cortison nein ja seit wann?.....

Welche?.....

Schilddrüsenhormone

nein ja seit wann?.....

Welche?.....

Osteoporose-Medikamente

a) Calcium und Vitamin D3

nein ja seit wann?.....

Welche?.....

b) Spezielle Medikamente
(z.B. Bisphosphonate)

nein ja seit wann?.....

Welche?.....

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

nein ja seit wann?.....

Welche?.....

Gynäkologische Anamnese

Erste Regelblutung.....

Letzte Regelblutung.....

Gynäkologische OPs nein ja wann.....

Welche?.....

Schwangerschaften..... **Geburten**.....

Stillzeit.....

Krebserkrankungen nein ja wann?.....

Welche?.....

Sonstiges

Rauchen nein ja **Milchprodukte** nein ja

Alkohol 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.....

Einwilligungserklärung

Ich willige in die Untersuchung ein: nein ja

X **X**

Datum

Unterschrift Patient/in