

# Anamnesebogen zur Knochendichtemessung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Frühere Größe: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

## Osteoporose-Risikofaktoren:

### Vom Patienten auszufüllen:

Osteoporose ist bekannt  Ja  Nein  
Wenn „Ja“ seit wie vielen Jahren \_\_\_\_\_

In den Wechseljahren  Ja  Nein  
Wenn „Ja“ seit wie vielen Jahren \_\_\_\_\_

Osteoporose in der Familie (Schenkelhalsfraktur eines Elternteils)  Ja  Nein

Starke, akute Rückenschmerzen  Ja  Nein

Ausreichende Bewegung  Ja  Nein

Besteht eine Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit  Ja  Nein

Sind Sie in den letzten Jahren zwei oder mehrmals gestürzt  
ohne ersichtlichen Grund  Ja  Nein

Regelmäßiger Alkoholkonsum  Ja  Nein

Sind sie Raucher?  Ja  Nein

Zu wenig Milchprodukte in der Ernährung  Ja  Nein

Laktoseunverträglichkeit  Ja  Nein

Besteht eine chronische Magen-/ Darm-Erkrankung  Ja  Nein

Diabetes mellitus Typ 1  Ja  Nein

Sind Sie an der Brust operiert  Ja  Nein

Operationen an der Wirbelsäule  Ja  Nein

Operationen an der Hüfte  Ja  Nein

- Bitte wenden -

# Anamnesebogen zur Knochendichtemessung

Einnahme von Schilddrüsenhormontabletten bei

Schilddrüsenüberfunktion

Ja  Nein

Sonstige Hormonerkrankungen

Ja  Nein

Wenn „Ja“ welche \_\_\_\_\_

Einnahme von Antiepileptika

Ja  Nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

Ja  Nein

Wenn „Ja“ welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits Knochenbrüche?

Ja  Nein

Wenn „Ja“ bitte ausfüllen:

Welches Körperteil	Ursache	Jahr

Vom Arzt auszufüllen:

Einnahme von Kortisonpräparaten

Ja  Nein

sicher pathogene Langzeitdosis (>7,5mg/d Prednison-Äquivalent)

Ja  Nein

Einnahme von Aromatasehemmern

Ja  Nein

Erhöhtes Sturzrisiko

Ja  Nein

Abnahme der Körpergröße (>4cm seit dem 25.Lebensjahr oder in jüngster Zeit)

Ja  Nein

Gewichtsabnahme (>10% seit dem 25.Lebensjahr oder in jüngster Zeit)

Ja  Nein

BMI (= Körpergewicht : (Körpergröße in m)<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

**Indikation zur Untersuchung (klinische Angaben):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes