

Fragebogen Knochendichtemessung

Angaben zur Person:

Name: _____

Alter: _____

Gewicht: _____

Größe: _____

Allgemeines

	ja	nein
Wurde bei Ihnen bereits eine Knochendichtemessung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, wann? _____

wenn ja, wo? _____

Ist bei Ihnen eine Osteopenie/Osteoporose bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Werden Sie aufgrund einer Osteoporose medikamentös behandelt (z.B. mit Bisphosphonaten, Vitamin D oder Kalziumpräparaten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Frauen ab dem 70. Lebensjahr, Männer ab dem 80. Lebensjahr

**→ Die Untersuchung ist eine Kassenleistung und wird von Ihrer Krankenkasse übernommen.
Beantworten Sie bitte dennoch die folgenden Fragen auf Seite 2 und 3**

Frauen vor dem 70. Lebensjahr, Männer vor dem 80. Lebensjahr

**→ Die Untersuchung wird nur unter bestimmten Voraussetzungen und abhängig von Ihrem Alter von Ihrer Krankenkasse übernommen.
Beantworten Sie bitte hierfür die folgenden Fragen auf Seite 2 und 3**

Fragebogen Knochendichtemessung

Indikation zur DXA für Frauen vor dem 70. Lebensjahr und Männer vor dem 80. Lebensjahr

	ja	nein
Sind bei Ihnen Brüche eines oder mehrerer Wirbelkörper bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Brüche erlitten (z.B. Schenkelhals, Ober- oder Unterarm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen ein Cushing-Syndrom bzw. Hyperkortisolismus bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Nebenschilddrüsen bekannt (primärer Hyperparathyreoidismus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie länger als drei Monate medikamentös (Tabletten) mit Kortison behandelt bzw. ist eine Kortisontherapie für mehr als drei Monate geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Krampfleiden (Epilepsie) bzw. nehmen Sie diesbezüglich Medikamente (Antiepileptika)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie antihormonell behandelt (z.B. wegen Brustkrebs oder Prostatakrebs)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer rheumatoiden Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen ein Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes/Zucker (Typ I oder Typ II)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie am Magen operiert bzw. wurde der Magen entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen ein Plasmozytom (monoklonale Gammopathie) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indikation zur DXA für Frauen ab dem 50. Lebensjahr und Männer ab dem 60. Lebensjahr

Ist bei Ihrem Vater oder Ihrer Mutter ein Schenkelhalsbruch aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürzen Sie oft ohne Einwirkung äußerer Kräfte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie nicht ohne Hilfe von einem Stuhl aufstehen oder gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Sind Sie auf Gehhilfen angewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Untergewicht (BMI < 20) bzw. leiden Sie an Magersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (z.B. COPD/Asthma bronchiale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen ein Wachstumshormonmangel bei Hypophyseninsuffizienz bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Schilddrüsenüberfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Antidepressiva, Neuroleptika, Opiode (starke Schmerzmittel auf Morphinbasis) oder ähnliches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie regelmäßig hochdosiert ein Cortisonspray (z.B. wegen Asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: nehmen Sie Glitazone aufgrund eines Diabetes mellitus, z.B. Actos bzw. Avandia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem systemischen Lupus erythematodes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol bzw. haben Sie eine alkoholbedingte Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zum Magenschutz ein (Protonenpumpenhemmer, z.B. Omep, Nexium, Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Schizophrenie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen Alzheimer bzw. Morbus Parkinson diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Zöliakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Herzinsuffizienz / Herzschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	_____	

Vielen Dank!

Ihr Team Radiologie im Fachärztezentrum Traunstein