

Knochendichte –Anamneseblatt

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Menopausenalter: _____

JA NEIN

Erhielten Sie in den letzten 7 Tagen ein Röntgenkontrastmittel?

Hatten Sie im Bereich der Lendenwirbelsäule oder Hüfte eine Fraktur/Operation?

Hatten Sie ab dem 40. Lebensjahr eine Fraktur? Wenn ja welche und was ist passiert?

Hatten einer Ihrer Eltern eine Hüftfraktur/Oberschenkelhalsbruch?

Rauchen Sie?

Haben sie Cortison-Tabletten länger als 3 Monate bzw. einen Asthmaspray oral zu sich
genommen?

Leiden Sie an Rheuma? (keine Arthrose)

Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? (keine Osteopenie)

Haben Sie eine chronische Lebererkrankung?

Haben Sie Diabetes (TYP I, Insulinpflichtig)?

Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?

Leiden Sie an einer Unterfunktion der Keimdrüsen?

Leiden Sie an der Glasknochenkrankheit? (Osteogenesis imperfecta)

Haben bzw. hatten Sie Magersucht?

Leiden Sie an chronischen Durchfällen?

Trinken Sie täglich Alkohol