

Gesundheitsbogen

PFLICHTFELD

Name: _____

Beruf: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder: Rechts: Links:

Bitte zutreffendes UNTERSTREICHEN!

Bitte zutreffendes ANKREUZEN!

Vater und -/oder Mutter hatten einen Schenkelhalsbruch

Ich hatte einen Knochenbruch nach dem 50. Lebensjahr

Ich hatte einen Wirbelkörperbruch

Meine Körpergröße hat mehr als 4 cm abgenommen

Ich habe Untergewicht

Ich habe stark abgenommen

Ich bin im letzten Jahr mehr als 2x gestürzt

Ich bin Raucher

Ich war Raucher (letzte 2 Jahre)

Ich bin zunehmend bewegungsunfähig/eingeschränkt mobil

☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein

Erkrankungen

Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Typ 2 ☐

Chronische Lebererkrankung

Nierenerkrankung

Darmentzündung: Colitis ulcerosa/M.Chron/Magenentfernung

Epilepsie

M. Parkinson

Alzheimer oder Demenz

Antiandrogene Therapie (Brustkrebs),(Prostatakrebs)etc.

Krebserkrankungen, welche?: _____

Sodbrennen

Magenschleimhautentzündungen

Störung der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse (Hyperpara)

Spondylitis (Entzündung der Wirbelsäule)

COPD (chronische Lungenerkrankung)

Asthma

Depressionen

Zustand nach Schlaganfall

Herzschwäche o. Herzerkrankung

Hypertonie (Bluthochdruck)

Nachgewiesenes Rheuma

rheumatoide Arthritis (**keine Arthrose!!**)

wenn ja, wer ist der behandelnde

Rheumatologe: _____

☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein
☐	Ja	☐	Nein

Bitte wenden!

Getreideunverträglichkeit (Zöliakie)
Laktoseunverträglichkeit (Milchprodukte)

	Ja		Nein
	Ja		Nein

Bitte das zutreffende Medikament unterstreichen!

Ich bekomme folgende Medikamente

Schilddrüsenhormone
weibliche oder männliche Hormone
Insulin oder Metformin wegen Diabetes mellitus
Magenschutzpräparat („PPI“ wie Omeprazol, Pantoprazol)
Antihormontherapie bei Krebserkrankungen
Entwässerungstabletten (Diuretica)
Antidepressiva
Schlafmittel
Anti-Epileptika
Opioide z.B. Morphinum
Sedativa (Beruhigungsmittel)
Herztabletten
wenn ja, welche: _____
Bluthochdrucktabletten
Kortison in Tablettenform o. als Spray (z.B. Asthma-Spray)
Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, Pradaxa, Xarelto)
Wenn ja, welche: _____

	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein

Sonstige Erkrankungen, die oben nicht aufgeführt sind:

Sonstige Medikamenteneinnahme:

Allergien:

Bei folgenden Fachärzten bin ich regelmäßig in Behandlung:

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung Densitometrie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich zur Durchführung einer Knochendichtemessung entschlossen. Wir weisen darauf hin, dass es sich bei der geplanten Untersuchung um eine „Individuelle Gesundheitsleistung“ handelt, die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit 80,70 € in Rechnung gestellt wird.

Eine Knochendichtemessung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist erst nach Feststellung einer behandlungsbedürftigen Osteoporose und Einleitung einer entsprechenden medikamentösen Therapie möglich!!

Wir machen darauf aufmerksam, dass Kontrolluntersuchungen bei bestehender medikamentöser Behandlung (z.B. mit Alendronsäure, Risedronat oder Denosumab) 1 Jahr nach Beginn der Behandlung und anschließend alle 2 Jahre zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse möglich sind!

Zur Bestimmung der Knochendichte untersuchen wir die Lendenwirbelsäule sowie den körpernahen Oberschenkel beidseits.

In diesem Zusammenhang bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wurden Sie bereits an der Wirbelsäule operiert?

Ja ☐ Nein ☐

2. Wurden Sie bereits an den Hüftgelenken operiert?

Ja ☐ Nein ☐

3. Haben Sie durch operative Eingriffe Metall im Körper?

Ja ☐ Körperregion: _____ Nein ☐

4. Hatten Sie bereits einen Knochenbruch?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, was war gebrochen : _____

5. Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Tagen eine Kontrastmittel-Untersuchung oder eine Szintigraphie (in der Regel bei einem Radiologen oder Arzt für Nuklearmedizin) durchgeführt? (Falls Sie nicht sicher sind, fragen Sie bitte unsere Mitarbeiterinnen)

Ja ☐ Nein ☐

6. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Messung der Knochendichte durchgeführt?

Ja ☐ Nein ☐

7. Nur Frauen (im gebärfähigen Alter): Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja ☐ Nein ☐

Um die Positionierung des Messgerätes zu optimieren, führen wir die Untersuchung in Unterwäsche durch. Bitte sorgen Sie zur Vermeidung von verfälschten Messergebnissen dafür, dass sich Metallteile (z. B. Knöpfe etc.) nicht im Messbereich befinden. Bitte Kompressionsstrümpfe oder Nylonstrumpfhosen ebenfalls ablegen.

!Wichtiger Hinweis: Die Strahlenbelastung ist äußerst gering und entspricht ca. 1/100 einer Röntgenaufnahme des Brustkorbes.

Ich habe das oben genannte vollständig gelesen, verstanden, keine weiteren Fragen und erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis zu der geplanten Untersuchung sowie der Berechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte wie oben beschrieben.

„Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) liegt in der Praxis aus und wurde von mir eingesehen.“

.....

Datum, Name, Unterschrift

Osteoporose-Risikotest

Name: Geb.:
 Datum: Alter:
 Größe: Gewicht:

Wurde bereits eine Knochendichtemessung durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐

Nehmen Sie: Osteoporosemedikamente Ja ☐ seit: Nein ☐

Calcium Ja ☐ Nein ☐

Vitamin D Ja ☐ Nein ☐

	1.	Ich habe 1 oder mehrere Brüche an der Wirbelsäulen erlitten	Ja	Nein
	2.	Ich leide unter einer rheumatoiden Arthritis	Ja	Nein
	3.	Axiale Spondyloarthritis/ Spondylitis ankylosans (Morb. Bechterew)	Ja	Nein
	4.	Ich nehme Kortisontabletten (mehr als 2,5mg pro Tag)	Ja	Nein
	5.	Ich bin zunehmend bewegungsunfähig, auf Gehilfen angewiesen	Ja	Nein
	6.	Ich hatte 1 Sturz in den letzten 12 Monaten	Ja	Nein
	7.	Mehrere Stürze in den letzten 12 Monaten	Ja	Nein
	8.	Ich habe einen Schlaganfall erlitten	Ja	Nein
	9.	Multiple Sklerose	Ja	Nein
	10.	Epilepsie; Depressionen; M. Parkinson; Demenz; Alzheimer	Ja	Nein
	11.	Ich nehme sehr starke Schmerzmittel (Opioide)	Ja	Nein
	12.	Ich nehme dauerhaft Entwässerungstabletten (chron. Hyponatriämie)	Ja	Nein
	13.	Einen oder mehrere Knochenbrüche an: Hüfte: ☐ Oberarm: ☐ Handgelenk: ☐ oder Becken: ☐	Ja	Nein
	14.	Mutter und/oder Vater hatten eine Hüftfraktur (Osteoporose)	Ja	Nein
	15.	Ich habe Untergewicht; habe stark abgenommen	Ja	Nein
	16.	COPD (chronische Lungenerkrankung)	Ja	Nein
	17.	Ich bin Raucher (10 Zigaretten oder mehr pro Tag)	Ja	Nein
	18.	Ich trinke fast täglich Alkohol (ab 50g Alkohol (0,5l Wein; 1,5l Bier))	Ja	Nein
	19.	Diabetes mellitus Typ 1	Ja	Nein
	20.	Diabetes mellitus Typ 2	Ja	Nein
	21.	Störung der Nebenschilddrüse (Hyperpara)	Ja	Nein
	22.	Ich nehme Schilddrüsentabletten	Ja	Nein
	23.	Chronische Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	Ja	Nein
	24.	Magenschutzpräparate länger als 3 Monate (z.B. Pantoprazol® Omeprazol®)	Ja	Nein
	25.	Stark eingeschränkte Nierenfunktion; Dialyse	Ja	Nein
	26.	Sind Sie wegen einer Eiweissstoffwechselstörung (MGUS) in Behandlung?	Ja	Nein
	27.	Teil- oder vollständige Magenentfernung; Magenverkleinerung	Ja	Nein
	28.	Brustkrebs; antihormonelle Therapie; Hormontherapie beim Mann	Ja	Nein
	29.	Morbus Crohn; Colitis Ulcerosa; Zöliakie	Ja	Nein
	30.	HIV-Infektion; Lupus	Ja	Nein
	31.	Ich ernähre mich vegetarisch; vegan; habe eine Milchunverträglichkeit	Ja	Nein
	32.	Meine Körpergröße hat mehr als 4cm abgenommen	Ja	Nein

