



Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)

Pat. Nr. _____

Name, Vorname _____

Welche Medikamente für die Knochendichte nehmen Sie zurzeit ein?

Vitamin D _____ IE

Calcium _____ mg

Spezifische Medikament (siehe unten): _____ Wie lange? _____

Bisphosphonat-Präparat: z.B. Fosamax, Fosavance, Actonel, Actonel Plus, Bonviva
Präparat aus der „SERN-Gruppe“ wie z.B. Evista
Strontiumpräparat wie z.B. Protelos
Präparat aus der B-Gruppe wie z.B. Forsteo

Wie lange nehmen Sie die von Ihnen eingenommenen Präparate ein? _____

Wie ist Ihre Verträglichkeit? _____

Wann wurde die letzte Knochendichtemessung bei Ihnen durchgeführt? _____

Ihr Körpergewicht: _____

Hatte Ihre Mutter oder Ihr Vater eine schwere Osteoporose? Nein Ja (Wer?) _____

Sind Sie in letzter Zeit häufig **gestürzt**? Nein Ja

Hatten Sie **Knochenbrüche ohne einen Unfall**? Nein Ja (Wo) _____

Rauchen Sie? Nein Ja (Wieviel?) _____

Nehmen Sie z. Z. ein Cortisonpräparat ein? Nein Ja (Welches?) _____ mg

Nehmen Sie z.Z. ein Schilddrüsenpräparat ein? Nein Ja (Welches?) _____

Nehmen Sie ein Hormonpräparat ein? Nein Ja (Welches?) _____

Halten Sie sich täglich mind. 30 Minuten im Freien auf? Nein Ja

Welche sportliche Betätigung üben Sie z.Z. aus? _____

Waren Sie in letzter Zeit häufig bettlägerig? Nein Ja (Wie lange?) _____

Sind Sie in der Menopause? Nein Ja (Seit wann?) _____