



## Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)

Pat. Nr. \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Welche Medikamente für die Knochendichte nehmen Sie zurzeit ein?

Vitamin D \_\_\_\_\_ IE

Calzium \_\_\_\_\_ 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 / 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?) \_\_\_\_\_