



Patientenfragebogen Knochendichtemessung DEXA

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um einen kurzen und reibungslosen Ablauf dieser Untersuchung gewährleisten zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Ihre Körpergrösse: _____ cm

Ihr Gewicht: _____ kg

Fragen:	Ja	Nein
Haben Sie metallische Fremdkörper wie Hüftprothesen oder Metallschrauben ? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Operationen oder Knochenbrüche in folgenden Körperregionen?		
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten Woche eine Untersuchung mit Kontrastmittel? (z.B. eine Darmuntersuchung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie oder könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit welchem Alter hatten Sie Ihre letzte Menstruation? _____		
Sind Sie Rechts- oder Linkshänder? rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>		

Ich bestätige hiermit die obigen Fragen beantwortet und verstanden zu haben und bin mit der Untersuchung einverstanden.

Datum, Ort:.....

.....
Unterschrift Patient/in

