

DXA-Erhebungsbogen



Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Größe (m) _____ Gewicht (kg) _____ BMI (< 20 kg / m²) _____

Bitte kreuzen Sie die Fragen, die Sie mit ja beantworten, in den farbigen Kästchen an.

1. Frauen		Männer	
Sind Sie in der Menopause?	ja		
jünger 50 Jahre	ja	jünger 60 Jahre	ja
50 bis 69 Jahre	ja	60 bis 79 Jahre	ja
älter 70 Jahre	ja	älter 80 Jahre	ja

2.	Soll bei Ihnen eine laufende Osteoporose-Therapie überprüft werden bzw. hat Ihr Arzt wegen konkreter Befunde eine Therapie gegen Osteoporose erwogen? (EBM 34601 II)	ja
3a.	Hatten Sie einen Knochenbruch? (EBM 34600 I)	Wirbelsäule ja* anderer Knochen ja*
3b.	Kam es ohne einen Unfall oder ohne eine Verletzung (Trauma) zu dem Bruch?	ja
4.	Hatte ein Elternteil einen Oberschenkelbruch?	ja
5.	Besteht bei Ihnen ein erhöhtes Sturzrisiko?	ja

6. Nehmen oder nahmen Sie folgende Medikamente ein? Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Nehmen Sie Vitamin D ein?	ja	Opioide	ja
Haben Sie eine aktuelle osteoporotische Medikation? Wenn ja, welche? _____	ja	Glucokorticoide inhalativ	ja
Einnahme von Antiepileptika bei Epilepsie	ja	Dauerhafte Einnahme von Medikamenten zur Senkung der Magensäure (Protonenpumpeninhibitoren z.B. Pantozol®, Pantoprazol®, Lanzor®, Dexilant® o.ä.)	ja
Bestehende oder geplante orale Cortisontherapie > 2,5mg tägl., länger als 3 Monate im Jahr	ja	Sturzbegünstigende Medikamente (Betäubungs-/Schmerzmittel, Antidepressiva, Neuroleptika)	ja
Bestehende oder geplante orale Cortisontherapie 7,5mg tägl., länger als 3 Monate im Jahr	ja		
Männer: Hormontherapie beim Mann (antiandrogene Therapie) und Unterfunktion der männlichen Keimdrüsen (Testosteronmangel/Hypogonadismus)	ja*		
Frauen: Aromatasehemmer (z.B. Tamoxifen®, Anastrozol®, Letrozol®)	ja*	Frauen: Therapie mit blutzuckersenkenden Medikamenten (z.B. Metformin®) bei Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	ja*

7. Bestehen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen? Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Überproduktion von Cortisol (Cushing-Syndrom oder Hyperkortisolismus)	ja	Vollständige Entfernung des Magens (Gastrektomie, Billroth II)	ja
Entzündliche Gelenkerkrankung (Rheumatoide Arthritis)	ja*	Chronische entzündliche Systemerkrankung der unteren Wirbelsäule oder der Kreuzbeinfuge (Spondylitis ankylosans / M. Bechterew)	ja*
Erhöhte Immunglobuline (Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz)	ja	männlicher Hypogonadismus/Testosteronmangel (Unterfunktion der männlichen Keimdrüsen)	ja
Zuckerkrankheit Typ I	ja	Gutartige Vergrößerung der Nebenschilddrüse (Primärer Hyperparathyreoidismus)	ja
Wachstumshormonmangel bei Hypophyseninsuffizienz	ja		

DXA-Erhebungsbogen



Zuckerkrankheit Typ II (Alterszucker)	ja	Unbeweglichkeit (Immobilität)	ja
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	ja	Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose, TSH-Werte < 0,3 mU/l)	ja
Chronische Erkrankung der Lunge (COPD), (Ex-) Raucher/in (Nikotinkonsum)	ja	Alkoholbedingte Lebererkrankung	ja
Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)	ja	Untergewicht (Anorexia nervosa)	ja
Schlaganfall (Apoplektischer Insult)	ja	Systemischer Lupus Erythematodes	ja
Schizophrenie	ja	Parkinson	ja
Alzheimer Erkrankung	ja	Depression	ja

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der gemachten Angaben, die „Wichtige Patienten-information DXA“ habe ich gelesen und keine weiteren Fragen. Mit der geplanten Untersuchung bin ich einverstanden.

Datum und Unterschrift des Patienten (gesetzlichen Vertreters) _____

Indikation geprüft _____
Unterschrift Arzt