



# RADIOLOGISCHES ZENTRUM MÜNCHEN – PASING

Pippinger Straße 25 · 81245 München · zertifiziert nach DIN EN ISO 9001  
Telefon 089 / 89 60 00 – 0    Telefax 089 / 89 60 00 – 19    www.rzm.de

Prof. Dr. med. A. Heuck · Priv. Doz. Dr. med. J. Scheidler  
Dres. med. K. Baenisch · A. Ribka · W. Schubert · M. Kuszlik  
H. Zeitler · U. Johst · T. Schneider · T. Hübsch-Menzel  
**Ärzte für Radiologie · Gemeinschaftspraxis**

Priv. Doz. Dr. med. M. Bauer  
**Arzt für Radiologie und Neuroradiologie**  
Dr. med. J. Stemplinger  
**Arzt für Nuklearmedizin und Radiologie**

**Kernspintomographie · Computertomographie · Dig. Röntgen · Nuklearmedizin**  
**Mammographie (zertifiziert) · Mammographiescreening · Knochendichtemessung · Ultraschall**

## Anamnesebogen Osteodensitometrie

Patientenetikett

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt?     **JA**     **NEIN**

Haben Sie zur Zeit Knochen- bzw. Gelenkschmerzen, wenn ja, wo?     **JA**     **NEIN**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie in letzter Zeit einen Knochenbruch?

**JA**    Wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
 **NEIN**

Nehmen Sie **Hormone** ein:     **JA**    Welche? \_\_\_\_\_  
 **NEIN**

Nehmen Sie **Cortison** ein:     **JA**    Seit wann? \_\_\_\_\_ Welche Dosierung? \_\_\_\_\_  
 **NEIN**

Nehmen Sie **Vitamin D, Calcium** oder **andere Medikamente** gegen die Osteoporose ein?

**JA**    Welche? \_\_\_\_\_  
 **NEIN**

Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Tagen eine Untersuchung **mit Kontrastmittel** durchgeführt?

**JA**    Welche? \_\_\_\_\_  
 **NEIN**

Wurden Sie schon an der Hüfte operiert?     **NEIN**     **JA**     rechts     links

Wurden Sie schon an der Wirbelsäule operiert?     **NEIN**     **JA**

### Nur für Frauen:

Wurden Sie gynäkologisch operiert?     **NEIN**     **JA**

Wann und was? \_\_\_\_\_

Wann sind Sie in die Menopause gekommen? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Periodenblutung? \_\_\_\_\_