



Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG)  
Dr. T.C. Miller und Partner  
Fachärzte für Diagnostische Radiologie

## Anamnesebogen DEXA (Knochendichtemessung)

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
(Druckbuchstaben)

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht erhalten?  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine Knochendichtemessung **außerhalb unserer Praxis** durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja:

Wann: \_\_\_\_\_ Wo: \_\_\_\_\_

Wurden Sie im Bereich **der Hüften oder der LWS** bereits operiert?

ja  nein

Wenn ja, wurde Metall implantiert z.B. Hüft-Prothese, Implantate?

ja  nein

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis/HIV/Tbc/Covid-19 bekannt?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_