

SPEICHERN ...

DRUCKEN ...

SENDEN ...

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Ordination.
Dieser Anmeldebogen dient der Ermittlung Ihrer
Knochengesundheit und der Entscheidung für
die richtige Therapie. Bitte füllen Sie deshalb den
Bogen sorgfältig aus und übergeben Sie ihn dem
Ordinationsteam.

Ordinationsstempel

Herzlichen Dank!

Name: Geburtsdatum:

..... Körpergröße in cm:

Beruf: Gewicht in kg:

KRANKHEITSGESCHICHTE DER FAMILIE:

	JA	NEIN
Gibt oder gab es in Ihrer Familie Personen mit Osteoporose (Knochenschwund)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten diese (z. B. Vater oder Mutter) Knochenbrüche? Wenn ja, wo (z. B. Wirbel oder Oberschenkelhals)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihnen eine Minderung der Körpergröße aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSÖNLICHE KRANKHEITSGESCHICHTE:

	JA	NEIN
Wurde bereits früher eine Osteoporose bei Ihnen diagnostiziert? Wenn ja, wie wurde diese behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wird die Osteoporose aktuell behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in der Vergangenheit Knochenbrüche? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie gelegentlich unter Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich gelegentlich unsicher beim Gehen oder neigen dazu zu stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSÖNLICHE KRANKHEITSGESCHICHTE:

Haben Sie Schmerzen?
Wenn ja, wo (z. B. Rücken, Beine)?
Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Stellen an.



JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

(Nehmen Sie dazu regelmäßig Medikamente ein?)

Name und Dosierung des Medikaments, falls bekannt.

JA	NEIN		JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenkentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombosen/Embolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Onkologische Erkrankung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige. Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Kortison ein?

Fall Sie Medikamente einnehmen müssen, nehmen Sie diese regelmäßig ein?

Haben Sie Schluckbeschwerden (Dysphagie)?

Ist Ihnen eine Arzneimittelallergie bekannt?
Wenn ja, auf welche(s) Medikament(e)?
.....

Ist Ihnen ein Kalzium-, Vitamin-D- oder sonstiger Vitaminmangel bekannt?
Wenn ja, welcher?
.....

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis für Ihren Arzt: Es wird empfohlen, vor Therapiebeginn ein Basislabor durchzuführen.*

Datum: Unterschrift des Patienten: