

**Name, Vorname:** **Datum der Erhebung:**

**Dr. med. Eckhard Hasch**  
Facharzt für Orthopädie   
und Unfallchirurgie;   
Allgemeine Chirurgie;   
D-Arzt der  
Berufsgenossenschaften;  
Sportmedizin;   
Manuelle Medizin;   
Ärztliche Osteopathie;  
Neuraltherapie nach Huneke;  
Schmerztherapie nach  
Liebscher & Bracht  
  
  
  
**Unsere   
Praxiszeiten:**

Mo, Di, Do, Fr von  
08:00 bis 18:00 Uhr  
Mittwoch   
07:00 bis 14:00 Uhr

**Geschlecht:** **Geb.-Datum / Alter:**

**Patientenfragebogen Osteoporose**Die Knochendichtemessung dient der Erkennung der Osteoporose (Knochenschwund).   
In unserer Praxis wird die Knochendichtemessung nach der DXA Methode durchgeführt.  
Unter bestimmten Voraussetzungen wird die Untersuchung von den Krankenkassen  
übernommen. Dazu zählen das Alter der zu untersuchenden Person, wie auch bestimmte  
Risikofaktoren.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Frage** | **Ja** | **nein** |
| Hatten Sie einen Wirbelbruch? |  |  |
| Hatten Sie einen sonstigen Knochenbruch? |  |  |
| Hatte ein Elternteil eine Schenkelhalsfraktur? |  |  |
| Neigen Sie zu Stürzen? |  |  |
| Rauchen Sie? |  |  |
| Nehmen Sie Cortison ein? |  |  |
| Haben Sie Rheuma? |  |  |
| Haben Sie Diabetes mellitus? |  |  |
| Haben Sie eine Herzinsuffizienz? |  |  |
| Haben Sie COPD? |  |  |
| Hatten Sie einen Schlaganfall? |  |  |
| Haben Sie die Parkinsonkrankheit? |  |  |
| Haben Sie die Alzheimer Krankheit? |  |  |
| Haben Sie Zöliakie? |  |  |
| Bei Ihnen der Magen oder große Darmteile entfernt worden? |  |  |
| Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? |  |  |
| Ist bei ihnen eine Hormonmangel-Erkrankung bekannt? |  |  |
| Haben Sie Epilepsie? |  |  |
| Leiden Sie unter Depressionen? |  |  |
| Haben Sie eine Krebserkrankung? |  |  |

**Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Zur Untersuchung einer Osteoporose und Feststellung meiner Knochendichte wünsche ich eine DXA Knochendichtemessung. Mir ist bekannt, dass diese Untersuchung nur unter bestimmten Voraussetzungen von den Krankenkassen übernommen wird.**

**Wenn diese Voraussetzungen zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht gegeben sind, wird die DXA Knochendichtemessung als Selbstzahlerleistung mit 65,- Euro berechnet.**

Unterschrift Patient