

## Anamnesebogen Knochengesundheit

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_cm    Gewicht: \_\_\_\_\_kg

Hausarztmodell:  JA     NEIN

**1. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Personen mit Osteoporose?**

Nein     unbekannt     Ja

**Wenn ja, hatten diese Personen Knochenbrüche?**

Nein     unbekannt     Ja, wo? \_\_\_\_\_

**2. Wurde bei Ihnen früher schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt?**

Nein     Ja, mit folgendem Ergebnis/Diagnose:  Osteoporose  
 Osteopenie (geminderte Knochendichte)  
 Unauffällig/normale Knochendichte

**Wenn bei Ihnen bereits eine Osteoporose/Osteopenie festgestellt wurde, wie wird diese aktuell behandelt?**

---

---

**3. Hatten Sie in der Vergangenheit Knochenbrüche?**

Nein     Ja, wo? \_\_\_\_\_

**4. Ist Ihnen eine Minderung Ihrer Körpergröße aufgefallen?**

Nein     Ja

**5. Leiden Sie gelegentlich unter Schwindel?**

Nein     Ja

**6. Fühlen Sie sich gelegentlich unsicher beim Gehen oder neigen Sie zu Stürzen?**

Nein     Ja

**7. Rauchen Sie?**

Nein     Ja, wieviele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

**8. Ist bei Ihnen ein Kalzium-, Vitamin D- oder ein sonstiger Vitaminmangel bekannt?**

Nein     Ja

**Bitte wenden**

**9. Nehmen Sie regelmäßig folgende Medikamente ein:**

Cortison?  Nein  Ja      Magenschutzmittel?  Nein  Ja      Antiepileptika?  Nein  Ja

**10. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?**

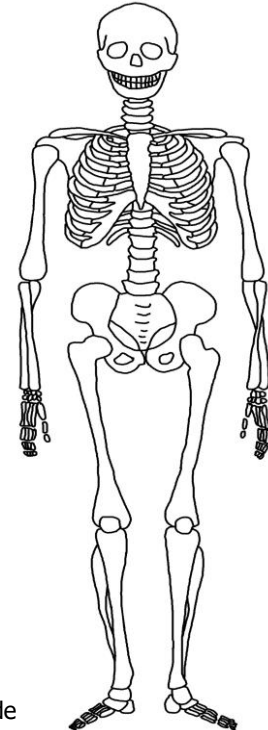
Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?	Nehmen Sie dazu regelmäßig Medikamente ein?		Name und Dosierung des Medikamentes, falls bekannt.
	Ja	Nein	
<input type="checkbox"/> Magenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Herzleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Psychische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Embolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**11. Haben Sie Schmerzen?**

Nein       Ja, bitte kreuzen Sie entsprechende Stellen auf dem Skelett an:

**12. Wenn Sie bereits in der Menopause sind, tragen Sie hier bitte ein, mit welchem Alter diese bei Ihnen eingetreten ist.**

- Trifft nicht auf mich zu
- Ich war \_\_\_\_\_ Jahre alt, als die Menopause eintrat.



**12. Datenschutzerklärung/Wahlentscheid privatärztliche Behandlung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen Behandlungsdaten und Befunde erheben kann und auch an diese die erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde übermitteln darf. Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt mich an wichtige Kontrolltermine telefonisch, schriftlich oder per E-mail erinnert. Diese Erklärung gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die von mir gewünschte Osteodensitometrie unter bestimmten Voraussetzungen Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation. Meine behandelnde Ärztin wird diese Leistung privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidieren. Die Rechnung ist von mir zu bezahlen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich gegenüber meiner Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung habe. Ich erteile gemäß Bundesdatenschutzgesetz die Erlaubnis, die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die Ärztliche Verrechnungsstelle Wiesbaden GmbH – Bahnstr. 7 – 65205 Wiesbaden weiterzuleiten.

Aschaffenburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Einverständniserklärung**  
**Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen und diese **per Fax/ E-Mail/ Telefon** weitergeleitet werden.  
**(Nicht Zutreffendes bitte streichen!)**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem behandelnden Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/Personen dürfen Behandlungsdaten/Rezepte/Befunde/Überweisungen weitergegeben werden:  
**(Nicht Zutreffendes bitte streichen!)**

Name / Geburtsdatum:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)