



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?

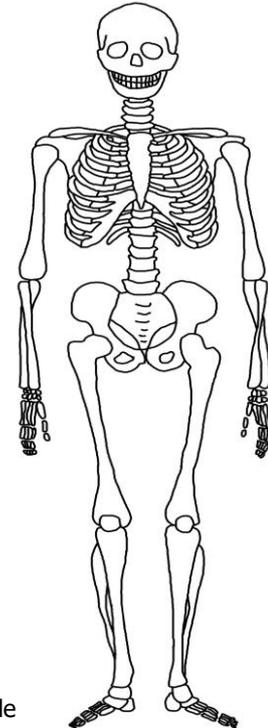
Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?	Nehmen Sie dazu regelmäßig Medikamente ein?		Name und Dosierung des Medikamentes, falls bekannt.
	Ja	Nein	
<input type="checkbox"/> Magenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Gelenkentzündungen	<input type="checkbox"/>	<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)