**Anmeldung Knochendensitometrie DEXA**

|  |
| --- |
| **Patient bitte aufbieten**  |
| Termin vereinbart am: | ................................................................................................................... |
| [ ]  Erstuntersuchung | [ ]  Verlaufsuntersuchung |
| **→ Bitte dem Patienten den Osteoporose-Fragebogen abgeben!** |
|  |
| **DEXA**  |
| [ ]  **mit Aktenkonsilium und Assessment (ohne Arztkonsultation)**Beurteilung und Therapieempfehlung unter Einbezug der Knochendichtewerte und der Risikofaktoren[ ]  **mit osteologischer klinischer Untersuchung und Assessment**Beurteilung und Therapieempfehlung unter Einbezug der Anamnese, der Klinik, der Knochendichtewerte, der Risikofaktoren, allfälliger Akten und Röntgen-Bildern[ ]  **VFA (vertebrale Frakturanalyse) und Assessment**Indikation: Frauen ≥70 Jahre, postmenopausal, Männer ≥80 Jahre, anamnestische Grössenabnahme >4 cm, gemessene Grössenabnahme >2 cm, nicht-vertebrale Fraktur, chronische Erkrankung mit erhöhtem Frakturrisiko (entzündliche rheumatische Erkrankungen, M. Crohn, COPD, Antiandrogen-Therapie), Glukokortikoidtherapie ≥5 mg/d Prednison-Äquivalent, erniedrigte BMD (T-Score ≤ -2.5), bei welcher das Vorliegen einer vertebralen Fraktur die Therapieentscheidung beeinflusst (= errechnetes Frakturrisiko 20 – 25 %) gemäss Tool der Osteoporose-Plattform.[ ]  **VFA (vertebrale Frakturanalyse) ohne Assessment**prämenopausal |
|  |
| **Indikationen**  |
| [ ]  Fraktur ohne adäquates Trauma[ ]  Verlaufskontrolle bei behandelter Osteoporose alle 2 Jahre[ ]  Primärer Hyperparathyreoidismus (ohne klare Operationsindikation)[ ]  Langzeit-Glukokortikoid-Behandlung[ ]  Hypogonadismus[ ]  Osteogenesis imperfecta[ ]  Chronische GIT-Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis)[ ]  HIV[ ]  andere Indikation |
|  |
| [ ]  **Aktuelle Medikation** (insbesondere Kalzium- und Vitamin-D3-Substitution, antiosteoporotische Therapie (Bisphosphonate, Denosumab, Teriparatide), Hormonersatz respektive Aromatasehemmer, Steroide in Dosierung und Dauer).................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
|  |
| **Bemerkungen**................................................................................................................................................................. |
|  |
| Datum:       | «PAT.ARZT.TITEL» «PAT.ARZT.VORNAME» «PAT.ARZT.NAME»«PAT.ARZT.FACHGEBIET» |

**Fragebogen zur Osteoporoseabklärung**

**«PAT.NAME» «PAT.VORNAME», geb.: «PAT.GEB»**

«PAT.ADRESSE», «PAT.PLZ» «PAT.ORT», «START\_IF TEL\_P»Tel.: «TEL\_P»,«END\_IF» «START\_IF MOBILE»Mobile: «MOBILE»«END\_IF»

Garant: «GARANT.NAME», Vers.-Nr.: «REFERENZ»

**Bitte beide Seiten vollständig ausfüllen und am Termin in die Praxis mitbringen.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grösse (max.) |       cm | Gewicht  |       kg KG |
|  |
| Hat Ihre **Mutter** oder Ihr **Vater** einen **Oberschenkelbruch** erlitten? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Haben Sie selbst **Knochenbrüche** nach einem Sturz aus Stehhöhe erlitten? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, in welchem Alter? | ........................................................... |
| Welcher Knochen | ........................................................... |
| Wie war Ihre **maximale Körpergrösse** (Passgrösse)? | ................... cm |
| Nehmen Sie **Kortison** ein? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, in welcher Dosierung und seit wann? | ........................................................... |
| Haben Sie **früher** während längerer Zeit **Kortison** eingenommen? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, ungefähre Dosierung und Dauer der Behandlung? |  |  |
| ................................................................................................................................................................. |
| Nehmen Sie **Medikamente gegen Osteoporose** (z. B. Calcium, Vitamin D, Bisphosphonat) oder andere Medikamente ein? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, welche – seit wann? | ........................................................... |
| **Rauchen** Sie täglich > 10 Zigaretten/Tag? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Trinken sie mehr als 3 Gläser **Wein** oder 1 Liter **Bier** pro Tag? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Ist bei Ihnen eine **Schilddrüsenerkrankung** bekannt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Leiden Sie an einer **Überfunktion der Nebenschilddrüse**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Nehmen Sie regelmässig **antiepileptische Medikamente** ein (z. B. Phenytoin, Carbamazepin)? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, wie oft? | ........................................................... |
| Wurden bei Ihnen **Magen-/Darmgeschwüre** diagnostiziert? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Leiden Sie an einer **entzündlichen Darmerkrankung**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Spritzen Sie sich aufgrund einer Diabetes mellitus regelmässig **Insulin**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Leiden Sie an einer **rheumatoiden Arthritis** oder **Spondylarthritis**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Sind Sie **im vergangenen Jahr gestürzt**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, wie oft? | ........................................................... |
| Grund (Stolpern, Schwindel)? | ........................................................... |
| **Bewegen** Sie sich wenig, **sitzen** Sie viel oder **liegen** Sie auch tagsüber viel und verlassen Ihre Wohnung selten? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Halten Sie sich täglich **mindestens 30 Minuten im Freien** auf? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wieviel **Milch** trinken Sie **pro Woche**? | ............ dl |
| Wieviel **Joghurt** (180 g) essen Sie **pro Woche**? | ............ Becher |
| Wieviel **Quark** (100 g) essen Sie **pro Woche**? | ............ Becher |
| Wie oft **pro Woche** essen Sie **Hartkäse**? (Emmentaler, Greyerzer etc.) |
| Kleine Portion 20 g | ............ Portionen |
| Mittlere Portion 30 g | ............ Portionen |
| Grosse Portion 50 g | ............ Portionen |
| Wie oft **pro Woche** essen Sie **Weichkäse**? (Camembert, Brie, Ziegenkäse etc.) |
| Kleine Portion 20 g | ............ Portionen |
| Mittlere Portion 30 g | ............ Portionen |
| Grosse Portion 50 g | ............ Portionen |
| Wie oft **pro Woche** essen Sie **Frischgemüse**? (inkl. Salat, Gemüsesuppe) |
| Kleine Portion 75 g | ............ Portionen |
| Mittlere Portion 150 g | ............ Portionen |
| Grosse Portion 250 g | ............ Portionen |
| Wieviel **Scheiben Brot** (50 g = dünne Scheibe) essen Sie durchschnittlich **pro Tag**? | ............ Scheiben |
| Wieviel Reihen **Milchschokolade** essen Sie **pro Woche**? | ............ Reihen |
| Wieviel **Leitungswasser** trinken Sie pro Tag | ............ dl |
| Wieviel **Mineralwasser** trinken Sie pro Tag? | ............ dl |
| Welche Marke(n)? | ........................................................... |
|  |
| **Nur von Frauen zu beantworten** |
| Haben Sie eine regelmässige **Monatsblutung**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn nein, in welchem Alter hörte sie auf? | ............ Jahre |
| Stehen Sie unter einer **Hormonbehandlung**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, seit wann? | ........................................................... |
| Standen Sie **früher** unter einer **Hormonbehandlung**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, Grund des Abbruchs? | ........................................................... |
| Wurde bei Ihnen die **Gebärmutter entfernt**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, wann? | ........................................................... |
| Wurde bei Ihnen die **Eierstöcke entfernt**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, wann? | ........................................................... |
| Leiden oder litten Sie an **Brustkrebs**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Kommt in Ihrer **Familie Brustkrebs** gehäuft vor? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Haben Sie **Venenthrombosen** durchgemacht? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Haben Sie **Lungenembolien** durchgemacht? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
|  |
| **Nur von Männern zu beantworten** |
| Hat Ihre **Körperbehaarung** abgenommen? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Haben Sie eine Abnahme der **Hodengrösse** bemerkt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Ist Ihnen ein **Brustwachstum** aufgefallen? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Hat Ihre **Sexualfunktion** abgenommen? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

**«PAT.NAME» «PAT.VORNAME», geb.: «PAT.GEB»**

«PAT.ADRESSE», «PAT.PLZ» «PAT.ORT», «START\_IF TEL\_P»Tel.: «TEL\_P»,«END\_IF» «START\_IF MOBILE»Mobile: «MOBILE»«END\_IF»

Garant: «GARANT.NAME», Vers.-Nr.: «REFERENZ»

|  |
| --- |
| **Wichtige Hinweise zur Knochendichtemessungen DEXA****Vorbereitung** für die Knochendichtemessung:* Für die Untersuchung müssen alle Kleidungsstücke mit Metall ausgezogen werden (BH-Bügel/-Verschluss, Korsagen, Druckknöpfe, Metallknöpfe, Reissverschluss etc.).
* Wenn Ihnen das An- und Ausziehen Mühe bereitet, kommen Sie bitte mit metallfreier, legerer Kleidung zur Untersuchung (Frauen evtl. mit Unterhemd oder Soft-BH; ohne BH mit Verschluss, Korsage oder Body).
* Bitte entfernen Sie Piercings VOR der Untersuchung.

Die Knochendichtemessung ist **NICHT möglich**, …* wenn bei Ihnen innerhalb der letzten 7 Tage vor dem DEXA-Termin eine Kontrastmitteluntersuchung mittels Röntgen oder CT durchgeführt worden ist.
* wenn Sie in den Vorderarmen, im Rücken oder der Hüfte **Metall oder Knochenzement** haben (Osteosynthesematerial, Implantate etc.).
* wenn Sie **schwanger** sind.
* Bitte **rufen Sie uns gegebenenfalls an**, um den Termin abzusagen/zu verschieben und das weitere Vorgehen zu besprechen! – **Telefon 031 330 17 77**
 |

|  |
| --- |
| **Einverständniserklärung**Ich habe die obigen Informationen gelesen und zur Kenntnis genommen, meine Fragen wurden mir beantwortet und ich bin mit der vorgeschlagenen Untersuchung und den Kostenfolgen einverstanden. |
| Datum:       | Unterschrift:       |