

## Fragebogen zur Knochendichtemessung

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen:

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Barcode

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht eine Schwangerschaft?                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie schon eine Knochendichtemessung?               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt?                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist in Ihrer Familie eine Osteoporose bekannt?            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie bereits eine Wirbelkörperfraktur?              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Abnahme der Körpergröße?                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wieviel : _____ cm                               |                             |                               |
| Hatten Sie schon einmal einen anderen Knochenbruch?       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, was und wann: _____                              |                             |                               |
| Neigen Sie dazu häufiger zu stürzen?                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie ein künstliches Hüftgelenk?                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, rechts oder links: _____                         |                             |                               |
| Haben Sie Metall in der Wirbelsäule?                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt?               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche: _____                                    |                             |                               |
| Erhalten oder erhielten Sie eine antihormonelle Therapie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Cortison ein?                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere Risikofaktoren für Osteoporose: _____              |                             |                               |

### Quantitative Knochendichtemessung mittels Dexa gesetzlich krankenversicherter Personen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir ab 01.05.2016 keine Knochendichtemessung mehr über Überweisungsschein abrechnen können.

Sie haben die Möglichkeit die Untersuchung als Selbstzahlerleistungen / IGEL- Leistung in gewohnter technisch und fachlich kompetenter Weise zu erhalten. Es entstehen Ihnen Kosten von **55,00 €**, die Sie nicht von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung erstattet bekommen können.

*Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die DXA- Untersuchung in anderen radiologischen Praxen gegebenenfalls auf Überweisungsschein möglich ist.*

Besten Dank für Ihr Verständnis und mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Radiologie München Ost

Zur Kenntnis genommen: München, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_