



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Größe (cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient**

Sie wurden von Ihrem Arzt zu einer DEXA-Untersuchung überwiesen. Der folgende Erhebungsbogen dient zur Erfassung Ihrer Voruntersuchungen. Mit Ihren Angaben helfen Sie uns eine optimale Befundung Ihrer Untersuchung vornehmen zu können.

**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

**1. Wurde bei Ihnen früher eine Knochendichtemessung durchgeführt?** ja nein

Wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

**2. Für Frauen im gebärfähigen Alter:**

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Stillen Sie? ja nein

**3. Zur Vorbeugung wird die Knochendichtemessung mittels DEXA-Methode von den gesetzlichen Krankenkassen alle 5 Jahre übernommen.**

Sollten Sie die DEXA-Untersuchung in diesem Zeitraum bereits in Anspruch genommen haben, so müssen wir die heutige Untersuchung als IGELeistung über 58,45 Euro berechnen.

**Einwilligungserklärung über die bevorstehende Untersuchung:**

Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Arztes