

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Jörn Griesemann & M. Harms
Tel:04401-71716, Fax: 04401-7057809

Name, Vorname:

Strasse, Haus Nr.:

Datum:

Ort:

Telefon Nr.
E´mail Adresse:
Beruf

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten	Ja	Nein	seit wann
<u>Krebserkrankung</u> Wenn Ja welche? _____			
Hepatitis A,B, C oder HIV			
Haben Sie eine Zuzahlungsbefreiung			
Nehmen Sie <u>Blutverdünnungsmedikamente</u> wie z.B. Marcumar, ASS, Xarelto oder Pradaxa, ein.			Welches???
Haben Sie einen Röntgenpass?			
Bei Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft			

Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen die oben nicht aufgeführt sind?

Größe _____ **GEWICHT** _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja oder Nein
Wenn ja, welche???

Wurden Sie innerhalb des letzten Jahres geröntgt? Wenn ja in welcher Praxis und an welcher Körperstelle?

Wurde bei Ihnen bereits eine Knochendichtemessung mittels DXA Gerät durchgeführt?	Ja	Nein
Wann?	Wo?	
Nehmen Sie: Osteoporosemedikamente?	Nein	Ja seit?
Nehmen Sie Calcium oder Vitamin D?	Nein	Ja seit?

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Jörn Griesemann & M. Harms
Tel:04401-71716, Fax: 04401-7057809

Vorgeschichte

- | | |
|--|-------------------|
| 1. Ich hatte mehrere Frakturen in den letzten 10 Jahren | --- Ja** --- Nein |
| 2. Ich hatte einen Knochenbruch nach dem 50. Lebensjahr | --- Ja* --- Nein |
| 3. Vater und/oder Mutter hatten einen Schenkelhalsbruch*-Osteoporose | --- Ja* --- Nein |
| 4. Ich bin im letzten Jahr mindestens 1x von alleine gestürzt | --- Ja* --- Nein |
| 5. Ich bin zunehmend bewegungsunfähig/ eingeschränkt | --- Ja* --- Nein |
| 6. Ich bin / war Raucher (letzte 2 Jahre) | --- Ja* --- Nein |
| 7. Meine Körpergröße hat mehr als 4cm abgenommen | --- Ja --- Nein |
| 8. Ich habe Untergewicht/ habe stark abgenommen | --- Ja --- Nein |

Erkrankungen

- | | |
|---|-------------------|
| 9. Diabetes mellitus | --- Ja** --- Nein |
| 10. Störung der Schilddrüse (Hyperthyreose) oder der Nebenschilddrüse (Hyperpara) | --- Ja* --- Nein |
| 11. Rheuma/rheumatische Arthritis/Spondylitis ankylosans | --- Ja* --- Nein |
| 12. Getreideunverträglichkeit (Zöliakie) | --- Ja* --- Nein |
| 13. COPD | --- Ja* --- Nein |
| 14. Herzinsuffizienz (Herzschwäche/Herzmuskelschwäche) | --- Ja* --- Nein |
| 15. Epilepsie, Depression, M. Parkinson, Alzheimer/ Demenz | --- Ja* --- Nein |
| 16. Morbus Cushing | --- Ja* --- Nein |
| 17. Hormonmangel beim Mann | --- Ja* --- Nein |
| 18. Wachstumshormonmangel bei eingeschränkter Funktion der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) | --- Ja* --- Nein |
| 19. Darmentzündung: Colitis ulserosa, M. Crohn/ Magenentfernung | --- Ja --- Nein |
| 20. Krebserkrankungen | --- Ja --- Nein |
| 21. Sodbrennen oder Gastritis | --- Ja --- Nein |
| 22. Chron. Lebererkrankung; eingeschränkte Nierenfunktion/Dialyse/ Organtransplantation | --- Ja --- Nein |
| 23. Zustand nach Schlaganfall | --- Ja --- Nein |

Ich bekomme folgende Medikamente

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 24. Insulin wegen Diabetes mellitus | --- Ja** --- Nein |
| 25. Cortison in Tabletten oder als Spray | --- Ja** --- Nein |
| 26. Magenschutzpräparate (>>PPI<< wie Omeprazol, Pantoprazol o.ä.) | --- Ja* --- Nein |
| 27. Antihormontherapie bei Brust-oder Prostatakrebs; Hormonbehandlungen
Bei eingeschränkter Funktion der männl. Keimdrüsen
Antiandrogene Therapie (Prostata Ca.) | --- Ja* --- Nein
--- Ja* --- Nein |
| 28. Antiepileptika; Antidepressiva; Opioide | --- Ja* --- Nein |
| 29. Herztabletten bei Herzinsuffizienz | --- Ja* --- Nein |
| 30. Entwässerungstabletten (Diuretica) | --- Ja* --- Nein |
| 31. Schilddrüsenhormone | --- Ja* --- Nein |
| 32. Marcumar/ Heparin/ ASS oder NOAK (Eliquis, Pradaxa, Xarelto o.ä) | --- Ja --- Nein |

Bitte bringen Sie zusätzlich Ihren aktuellen Medikamentenplan von Ihrem Hausarzt mit!

Wir werden Sie über ein automatisches Informationssystem an bestimmte Untersuchungen/Behandlungen erinnern und überweisende (Haus-)Ärzte erhalten einen Arztbrief. Hiermit stimme ich dem zu und versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Vielen Dank