



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 43 Euro berechnen.

Ich bin damit einverstanden, daß die radiologische Gemeinschaftspraxis die bei meinen behandelnden Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Weiterbehandlung anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Radiologen, Voruntersuchungen mit der aktuellen Untersuchung zu vergleichen.

Ich bin auch damit einverstanden, daß die radiologische Gemeinschaftspraxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient der Information der weiterbehandelnden Ärzte.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber der radiologischen Gemeinschaftspraxis widerrufen werden.

**Einwilligungserklärung über die bevorstehende Untersuchung:**

Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Arztes