

### Aufklärung zur Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)

Name des Patienten \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

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

Sehr geehrte(r) Patient(in),

um die Knochendichte beurteilen zu können, sind Sie zur Messung der Knochendichte (Osteodensitometrie) erschienen.

#### 1. Osteodensitometrie – Was ist das? Risiken und Sicherheit

Die Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) ist ein Verfahren zur Messung der Knochendichte. Dabei wird die dichteabhängige Schwächung von Röntgenstrahlen, die durch bestimmte Körperregionen (Lendenwirbelsäule, linker Schenkelhals) hindurchtreten, genutzt, um Aufnahmen zu erzeugen. Es gibt alternative Untersuchungsmethoden mit Ultraschall, die aber in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Osteologie nicht empfohlen werden und auch bei uns nicht angeboten werden. Die Strahlenbelastung für die Untersuchung beträgt 0,044mSv (Maßeinheit für die Strahlenbelastung). Zum Vergleich beträgt die natürliche Strahlenbelastung pro Jahr in Deutschland 2,5 mSv. Die Röntgenanlage wird regelmäßig von der zuständigen Stelle der Kassenzärztlichen Vereinigung überprüft. Um Sie bei einer starken Häufung von Röntgenuntersuchungen innerhalb eines Jahres richtig zu beraten, legen Sie bitte immer Ihren Röntgenpass vor.

#### 2. Ablauf einer Osteodensitometrie

Es wird gebeten, Voraufnahmen auf Film oder Datenträger (z. B. CD) den Mitarbeitern/-innen vor der Untersuchung auszuhändigen. Der / die Assistent/in wird Ihnen alle erforderlichen Anweisungen zum Ablegen von Gegenständen und zum Verhalten geben. Während der Aufnahme darf die zu untersuchende Körperregion nicht bewegt werden, um ein Verwackeln der Aufnahme zu vermeiden. Sollten Sie als Elternteil oder Betreuer eines Patienten anwesend sein, müssen Sie sich während der Aufnahme im Sicherheitsbereich aufhalten. Bei Fragen sprechen Sie das Praxispersonal oder den behandelnden Arzt an.

#### Was der Arzt von Ihnen wissen muss:

1. Wurde schon einmal eine Osteodensitometrie durchgeführt?  
Wenn ja: Wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  nein  ja

2. Haben Sie einen Röntgenpass?  nein  ja  
**Wenn ja, bitte vorlegen!**

3. Frauen im gebärfähigen Alter: **Könnten Sie schwanger sein?**  ungewiss  nein  ja

Besteht die Möglichkeit, dass Sie **schwanger** sind, teilen Sie dies sofort dem Arzt oder den Assistenten/innen mit. Eine Osteodensitometrie wird dann nicht durchgeführt. Andere Untersuchungsmöglichkeiten und das weitere Vorgehen besprechen Sie mit Ihrem Arzt.

4. Wurden Sie im zu untersuchenden Bereich schon einmal operiert?  nein  ja  
Wenn ja, was wurde wann operiert?

5. Platz für Anmerkungen / individuelle Dokumentation der Aufklärung (ggf. Rückseite nutzen und abzeichnen)

#### Einwilligungserklärung

Die o. g. Information habe ich gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit zur Nachfrage beim Arzt. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgesehene Osteodensitometrie (lt. Überweisung) ein. Eine Abschrift habe ich erhalten.

Lübeck, den \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift<sup>1</sup> medizinisch überprüft  
Patient(in)/ gesetzl. Vertreter<sup>2</sup> / Betreuer

<sup>1</sup>Auch Minderjährige oder betreute Erwachsene sollten zumindest ergänzend unterschreiben, wenn Sie in der Sache verständlich sind.

<sup>2</sup>Grundsätzlich sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die / der Unterzeichnende, dass sie / er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass er / sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

**Was der Arzt von Ihnen wissen muss:****1. Besteht bei Ihnen eine Osteoporose?** nein  ja**2. Sind Frakturen (Brüche) bekannt? Oder multiple Stürze?** nein  ja  nein  ja**3. Sind Frakturen (Brüche) ohne Trauma (Unfall) bekannt?** nein  ja**4. Nehmen Sie Medikamente für die Knochen ein?** nein  ja  Welche (z.B. Vitamin D, Calcium)? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

**5. Besteht bei Ihnen eine Nebenschilddrüsenerkrankung (primärer Hyperparathyreoidismus)?** nein  ja

Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion?

 nein  ja

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

 nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_**6. Besteht oder bestand bei Ihnen eine Brustkrebserkrankung?** nein  ja  Mit folgender Antihormontherapie?  nein  ja**7. Besteht bei Ihnen ein Diabetes Typ 1?** nein  ja**8. Besteht bei Ihnen eine Rheumaerkrankung?** nein  ja  Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_**9. Besteht bei Ihnen ein Morbus Bechterew?** nein  ja  Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_**10. Nehmen Sie Cortison ein bzw. hatten Sie eine Cortisontherapie?** nein  ja**11. Sind Sie Raucher ?** nein  ja**Leiden Sie an einer COPD?** nein  ja**Inhalieren Sie Glukokortikoide?** nein  ja**12. Ist bei Ihnen Epilepsie bekannt ? Oder Depressionen?** nein  ja  nein  ja

→ Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

**13. Besteht bei Ihnen eine Herzinsuffizienz?** nein  ja**14. Besteht bei Ihnen eine chronische Einnahme von Protonenpumpenhemmer (Omeprazol, Pantoprazol....)?** nein  ja**15. Haben Sie eine Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)?** nein  ja**16. Ist bei Ihnen das Cushing Syndrom bekannt (hoher Cortisolspiegel im Blut)?** nein  ja**17. Leiden Sie unter einem Plasmozytom (Knochenmarkkrebs)?** nein  ja**18. Befinden Sie sich in der Menopause?** nein  ja