

	RR	Gewicht
	Puls	Größe
	Akt.Datum	BMI
	Hausarzt	
	Beruf: *freiweilige Angabe	

Telefon: _____ E-Mail: _____

Allgemeine Endo Schilddrüse Osteoporose Trans NN/ Hyperandro Hypophyse

Derzeitige Medikamente (wenn möglich Liste beifügen):

Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:
Name:	Dosis:

Grund der Vorstellung: _____

Knochenbrüche :

Keine Knochenbrüche

Wirbelkörperfrakturen Ja/nein, wenn ja wann & welche _____
Schenkelhalsfraktur Ja/nein, wenn ja wann? _____
Unterarmfraktur Ja/nein, wenn ja wann? _____
 Sonstige Knochenbrüche_Welcher Knochen? _____ wann? _____
Periode: Regelmäßig Unregelmäßig Keine Periode seit _____ Pille ja nein
 Wievielter Zyklustag heute _____ Letzte Periode am _____

L-Thyroxin	Thyronajod	L-T/Jod Hex	Carbimazol	Propycil	Thiamazol	Rocaltrol
_____ µg/d	_____ µg/d	_____ µg/d	_____ mg/d	- -	_____ mg/d	_____ µg/Tag
Keine SD-Med. Novothyral		_____ µg/T.	Thybon	_____ µg/Tag	Jodthyrox	_____ /Tag

Vom Arzt/Ärztin auszufüllen

Knochendichte: Fremdbefund / eigene Messung			Radius T= - SD	
BMC /	LWS T -	LWS Min.: T-	OSH T -	
BMC heute	LWS T -	LWS Min.: T -	OSH L T -	OSH R T -

Therapie:	Bisphosphonate:	von:	bis:	Dekristol 20000/Woche
Prolia seit _____ bis _____	Forsteo seit _____	Evenity seit _____		
Letzte Prolia : _____		bis _____ zuletzt	Zuletzt: _____	