



· Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente ein? Ja  Nein   
(z.B. Marcumar)  
**Wenn ja, welche?**

---

· Leiden Sie an Allergien? Ja  Nein   
**Wenn ja, welche?**

---

· Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? Ja  Nein   
**Wenn ja, welche ? (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?**

---

· Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? Ja  Nein   
**Wenn ja, welche (z.B. Herzinfarkt, hoher Blutdruck, Diabetes mellitus)**

---

· Tragen sie Implantate? Ja  Nein   
**Wenn ja, welche? (z.B. künstliche Gelenke, Herzschrittmacher)?**

---

· Treiben Sie Sport? Ja  Nein   
**Wenn ja, welchen?**

---

· Wurde bei Ihnen schon mal eine Knochendichtemessung durchgeführt? Ja  Nein

· Markieren Sie bitte auf der folgenden Linie in welchem Intensitätsbereich sich der Schmerz DERZEIT befindet:

kein Schmerz |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----| starker Schmerz  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift