

## Einverständniserklärung zur Knochendichtmessung

Familienname:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Sehr geehrter Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Messung der Knochendichte durchgeführt werden.

Dazu untersuchen wir folgende Regionen:

(vom Arzt auszufüllen)

- Lendenwirbelsäule
- Linker Oberschenkel
- Rechter Oberschenkel

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

Wurden Sie schon einmal an der Wirbelsäule oder am Hüftgelenk operiert?

- Ja  Nein

Nur für Frauen: Besteht aktuell eine Schwangerschaft?

- Ja  Nein

---

Datum, Unterschrift