



DEXA

Liebe Patientin, lieber Patient

Dieses Merkblatt informiert Sie über die bei Ihnen geplante Untersuchung. Bitte lesen Sie es aufmerksam durch, damit Sie der zuständigen Radiologiefachperson gegebenenfalls zusätzliche Fragen stellen können.

Was ist eine DEXA-Messung

Bei der Dualenergie-Röntgen-Absorptiometrie, auch DEXA oder DXA genannt handelt sich um die populärste und ausgereifteste Messmethode für die Knochendichtebestimmung. Zwei Energiestrahlen unterschiedlicher Intensität werden durch das Skelett hindurchgeschickt. Aus der Menge der Strahlung, die durch den Knochen gelangt, kann die Knochendichte sowie der Fett- und Muskelanteil des Körpers errechnet werden.

Gemessen werden meist Lendenwirbelsäule und eine Hüfte. Innerhalb der automatisch definierten Flächen wird dann der Mineralgehalt pro Fläche (g/cm^2) berechnet. Diese Werte werden in Relation zu einem gesunden Kollektiv gesetzt, sodass Abweichungen von der Norm festgestellt werden können.

Die Knochendichtemessung dauert ca. 5 bis 10 Minuten und weist eine sehr geringe Strahlenbelastung von nur 0,001 - 0,01mSv auf, was dem Bruchteil einer normalen Röntgenaufnahme entspricht – die effektive Dosis einer Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule beträgt z.B. circa 0,6 - 1,4 mSv.

Die Untersuchung

Bei der Untersuchung liegen Sie für ca. 10 Minuten ruhig auf einem Tisch während die Messung stattfindet. Damit sie sich nicht bewegen, geben wir Ihnen eine Lagerungsunterstützung an den Füßen mittels Klettband. Für die Messung fährt ein schmaler Bogen in einem Abstand von ca. $\frac{1}{2}$ Meter über Sie hinweg.

Bitte Fragebogen (Rückseite) ausfüllen und die Einverständniserklärung unterschreiben.

Einverständniserklärung:

Ich habe die umseitigen Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit dem mir vorgeschlagenen Eingriff einverstanden. Unklarheiten wurden mir durch den*die behandelnde*n Ärzt*in erklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Für die Radiologie:

- Identität Patient*in bestätigt
- Überweisung überprüft

Visum MTRA _____

Fragebogen zur Krankengeschichte

 Gewicht: kg / Grösse: cm / Für Frauen: Menopausenalter: Jahre

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Hatten Sie schon einmal eine Hüft- oder Wirbelsäulenfraktur?
Wenn ja: In welchem Jahr, wo und warum (Unfall)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Hatten Sie als Erwachsener irgendwelche Frakturen, die nicht auf signifikante Traumata (z. B. einen Autounfall) zurückzuführen waren?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Hatte einer Ihrer Eltern jemals eine Hüftfraktur? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Haben Sie jemals Glucocorticoide genommen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Leiden Sie an rheumatischer Arthritis? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Leiden Sie an sekundärer Osteoporose? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Trinken Sie drei oder mehr Gläser Alkohol pro Tag? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Werden Sie wegen Osteoporose behandelt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

10. Haben Sie jemals eines der folgenden Medikamente genommen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Actonel (Risedronat) | <input type="checkbox"/> Boniva (Ibandronat) |
| <input type="checkbox"/> Evista (Raloxifen) | <input type="checkbox"/> Forsteo (Parathyroidhormon) |
| <input type="checkbox"/> Fosamax (Alendronat) | <input type="checkbox"/> HRT (d.h. Östrogen-/ Hormontherapie) |
| <input type="checkbox"/> Miacalcin (Calcitonin) | <input type="checkbox"/> Protelus (Strontiumranelat) |
| <input type="checkbox"/> Reclast (Zoledronat) | <input type="checkbox"/> Prolia (Denosumab) |
| <input type="checkbox"/> Vitamin D | <input type="checkbox"/> Kalzium |

 Andere:

11. Leiden Sie an den folgenden medizinischen Beschwerden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bulimie/ Anorexie | <input type="checkbox"/> Anfallskrankheiten (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Emphysem | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung im Endstadium | <input type="checkbox"/> Entzündliche Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hyperparathyreoidismus (Nebenschilddrüse) | <input type="checkbox"/> Hysterektomie |

 Andere:

 12. Welche maximale Körpergrösse hatten Sie? cm

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 13. Praktizieren Sie regelmäßig körperliche Übungen, um das Gewicht zu halten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 14. Nehmen Sie regelmässig Milchprodukte (Käse, Joghurt, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 15. Trinken Sie koffeinhaltige Getränke? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Für Frauen:

- | | |
|--|---|
| 16. In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periode? | <input type="text"/> Jahre |
| 17. Sind Sie prämenopausal? (Vor Menopause) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 18. Wie viele volle Schwangerschaften hatten Sie? | <input type="text"/> |
| 19. Hatten Sie länger als 6 Monate hintereinander keine Periode?
(Ausnahme Schwangerschaft und Menopause) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |