

Dotazník k opakované denzitometrii, prosíme o jeho vyplnění, děkujeme

Hormonální léčba (Kdy? Jaká?) Kortikoidy: (Ano x Ne Jaké? Jak Jak dlouho?)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo: Zdr. pojistovna:

Přechod? ANO a kdy?

Kontaktní telefon: Bydliště:

Kouříte? Jak dlouho a kolik cigaret? Alkohol pravidelně?

..... Ano x Ne x příležitostně

Praktický lékař a gynekolog: (uveďte prosím jejich jméno, město)

Držíte dietu? Mléčné výrobky pravidelně? ANO x NE

Denzitometrické vyšetření již dříve, kdy a kde ?

Pravidelná péče zubařem? Poslední vyšetření kdy? Jméno zubaře?

Měla (měl) jste zlomeninu? ANO NE

Jaké máte v současnosti potíže? Bolesti zad? Zhoršení ?

(Jaká zlomenina a kdy? Je zlomenina po úraze?)

Operace a kdy?

Osteoporosa již prokázána Ano x Ne

Užíváte Vitamín D? Ano x NE Vápník (Kalcium)? Ano x Ne
(jaké množství?)

Nemoci, se kterými se léčíte:

Další léky na osteoporózu ? A jaké? Jak dlouho ?

Nádorová léčba ANO x Ne Jaká?

Léky, které pravidelně užíváte:

Datum : Podpis: