

**ANKIETA DENSYTOMETRYCZNA  
(WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ PROSZĘ ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM)**

IMIĘ I NAZWISKO			
PESEL			
PEŁNY ADRES Z KODEM POCZTOWYM			
TELEFON			
PŁEĆ	K / M	WZROST	
CIAŻA	TAK / NIE	MASA CIAŁA	
• Czy Pani/Pan pali papierosy?		TAK / NIE	Ile sztuk dziennie?
• Czy spożywa Pani/Pan alkohol?		TAK / NIE	Ile?
• Aktualne leczenie			
	Poradnia		
	Specjalista		
• Obecnie przyjmowane leki:			
• Menopauza przed 45 rż		TAK / NIE	W jakim wieku miała Pani ostatnią miesiączkę?
• Hormonalna terapia zastępcza		TAK / NIE	Od kiedy?
• Sterydoterapia		TAK / NIE	Jak długo?
• Złamanie biodra u matki lub ojca		TAK / NIE	
	Jakie?		
• Czy były u Pani/Pana jakieś złamania		TAK / NIE	Jakie?
• Czy choruje Pani/Pan na osteoporozę/osteopenię?		TAK / NIE / NIE WIEM	
	Rok rozpoznania		
• Jakie leki były przyjmowane i jak długo?			
• Czy występują u Pani/Pana choroby przewodu pokarmowego?			
	Reflux	TAK / NIE	
	Choroba wrzodowa	TAK / NIE	
• Choroby tarczycy		TAK / NIE	
• Choroby nerek		TAK / NIE	
• Choroby reumatyczne, np.: RZS		TAK / NIE	
• Nowotwór piersi		TAK / NIE	Rok rozpoznania
• Nowotwór prostaty		TAK / NIE	Rok rozpoznania
• Inne nowotwory		TAK / NIE	Jakie?
• Uczulenia		TAK / NIE	Jakie?
• Czy posiada Pani/Pan implanty metalowe		TAK / NIE	Jakie?
• Czy ma Pani/Pan problemy z zębami		TAK / NIE	
• Leki stosowane z powodu osteopenii lub osteoporozy			
	Witamina D	TAK / NIE	Lek i dawka:
	Suplementy wapnia	TAK / NIE	Lek i dawka:
	Suplementy magnezu	TAK / NIE	Lek i dawka:
	Inne:		

Wyrażam zgodę na badanie densytometryczne i rozumiem jego istotę.

Warszawa, data i podpis pacjenta

Badanie wykonał

Warszawa, data i podpis

Badanie opisał

Warszawa, data i podpis

Potwierdzam odbiór badania densytometrycznego

Warszawa, data i podpis pacjenta