




Patienteninformation und Aufklärung: Knochendichtemessung (DXA)

Bei Ihnen wird eine Knochendichtemessung (DXA) durchgeführt. Sie zeigt, ob eine Osteoporose vorliegt, wie stark sie ausgeprägt ist und wie hoch Ihr persönliches Risiko für Knochenbrüche ist. Zudem lässt sich damit auch der Erfolg einer Osteoporose-Therapie zuverlässig kontrollieren.

 **Bitte beachten Sie: Wir als Radiologen führen die Untersuchung durch, können aber keine Behandlungsempfehlungen geben. Über eine passende Therapie informiert Sie Ihr behandelnder Arzt (Überweiser).**

■ Was ist eine Osteoporose?

Osteoporose („Knochenschwund“) bedeutet, dass die Knochen durch Abnahme von Masse und Stabilität geschwächt werden. Wenn durch den Knochenschwund bereits Knochenbrüche entstanden sind, spricht man von einer „manifesten Osteoporose“, also einer fortgeschrittenen Form der Erkrankung.

Je früher Osteoporose erkannt wird, desto besser lässt sich etwas dagegen tun und desto eher können schmerzhaft Knochenbrüche verhindert werden.

■ In welchen Fällen ist eine Knochendichtemessung sinnvoll?

In Deutschland haben etwa 7 % der 55-jährigen und 19 % der 80-jährigen Frauen Osteoporose. Osteoporose verursacht meist keine Schmerzen, bis Knochenbrüche auftreten. Jede zweite Frau und jeder vierte Mann über 50 haben ein erhöhtes Risiko für Wirbelbrüche. Bei bestimmten Risikopatienten – zum Beispiel wenn dauerhaft Kortison-Medikamente eingenommen werden – sollten solche Messungen etwa alle sechs Monate erfolgen. Wenn bereits Knochenbrüche vorliegen, kann mit der DXA-Messung die Diagnose Osteoporose bestätigt und der Schweregrad des Knochenschwunds genau bestimmt werden.

Die DXA-Messung wird nach den Empfehlungen der National Osteoporosis Foundation (NOF, USA) in folgenden Fällen empfohlen:

- Alle Frauen ab 65 Jahren (auch ohne weitere Risikofaktoren)
- Alle Männer ab 70 Jahren und alle Frauen nach den Wechseljahren, die bereits Knochenbrüche hatten
- Alle Frauen, die über eine Behandlung der Osteoporose nachdenken und für ihre Entscheidung das Ergebnis einer Messung benötigen
- Alle Frauen, die sich einer längeren Hormontherapie unterziehen
- Abnahme der Körpergröße mit zunehmendem Alter
- Rückenschmerzen ohne klare Ursache
- Schlanke Raucherinnen oder Raucher

- Bereits erlittene Knochenbrüche
- Gelenkerkrankungen mit eingeschränkter Beweglichkeit
- Langfristige Behandlung (über 6 Monate) mit Medikamenten, die den Knochen schädigen können (z. B. Kortison, Marcumar oder Mittel gegen Epilepsie)
- Erkrankungen der Schilddrüse oder der Nebenschilddrüsen mit Überfunktion
- Patienten nach Organtransplantationen
- Chronische Erkrankungen oder Operationen des Verdauungstrakts

■ Was ist eine Knochendichtemessung?

Die DXA ist das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Dachverband Osteologie (DVO) empfohlene Standardverfahren zur Bestimmung der Knochendichte. Es handelt sich um ein spezielles Röntgenverfahren, das Stabilität und Mineralgehalt der Knochen erfasst. Die Untersuchung ist schmerzfrei, dauert etwa 10–15 Minuten und ermöglicht eine zuverlässige Einschätzung des individuellen Risikos für Knochenbrüche. Die Messungen erfolgen an Lendenwirbelsäule und Hüfte, in manchen Fällen auch am Unterarm. Im Anschluss erfolgt eine computergestützte ärztliche Auswertung mit Vergleich zu Voruntersuchungen, falls vorhanden.

■ Wie hoch ist die Strahlenbelastung?

Wir sind Ärzte mit Strahlenschutzfachkunde und prüfen die Notwendigkeit Ihrer Untersuchung sorgfältig. Die Anwendung von Röntgenstrahlen unterliegt strengen gesetzlichen Auflagen und wird überwacht. Die Strahlenbelastung einer DXA-Messung liegt mit 1–4 µSv sehr niedrig – deutlich unter der Belastung durch eine Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule (ca. 1000 µSv) oder einen Flug von Frankfurt nach Mallorca (30–40 µSv). Daher sind während der Untersuchung keine Abschirmmaßnahmen erforderlich.

■ Gibt es alternative Untersuchungsmethoden?

Alternativ sind CT oder Ultraschall möglich, jedoch weniger zuverlässig bzw. mit höherer Strahlenbelastung.

■ Zusätzliche Informationen für Frauen

Informieren Sie uns unbedingt, wenn Sie schwanger sind oder sein könnten. Bei **Schwangerschaft darf keine Knochendichtemessung durchgeführt werden**. Während der Stillzeit darf eine Knochendichtemessung durchgeführt werden.

■ Ablehnung der Untersuchung

Durch eine **Ablehnung** der Untersuchung können Ihnen **gesundheitliche Nachteile** entstehen. Therapien/Operationen können vielleicht nicht oder erst verspätet durchgeführt werden.

 **Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden.**



Datum



Ihre Unterschrift



Patienteninformation und Aufklärung:
Knochendichtemessung (DXA)

■ Fragebogen

1. Nehmen Sie aktuell Medikamente zur Behandlung oder Stärkung der Knochen , z. B. Vitamin D, Calcium, Bisphosphonate oder Antikörper?“	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und in welcher Dosierung? <input type="checkbox"/> Vitamin D - Dosierung: <input type="checkbox"/> Calcium - Dosierung: <input type="checkbox"/> Bisphosphonate - Dosierung: <input type="checkbox"/> Antikörper - Dosierung: <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente:
2. Hatten Sie früher schon einmal eine Knochendichtemessung (DXA) oder Röntgen- bzw. CT-Untersuchungen an der Wirbelsäule, der Hüfte oder am Becken?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
3. Leiden Sie unter Rückenschmerzen ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wo und seit wann?
4. Benötigen Sie starke Schmerzmittel wie Morphine/Opioide , z.B. Tilidin, Tramadol, Fentanyl (Schmerzpflaster)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche und seit wann?
5. Haben Sie sich einen Knochen gebrochen ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann? Wenn ja, welchen dieser Knochen: <input type="checkbox"/> Wirbelkörper <input type="checkbox"/> Unterarm <input type="checkbox"/> Oberarm <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Becken <input type="checkbox"/> Sonstiger Knochen:
6. Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie oft?
7. Sind Sie kleiner geworden?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie viele cm?
8. Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporose festgestellt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
9. Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelhalsbruch erlitten?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Nicht bekannt: <input type="checkbox"/>
10. Leiden Sie unter Diabetes mellitus (Zucker)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, seit wann? Wenn ja, müssen Sie Insulin spritzen? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
11. Rauchen Sie?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>



Patienteninformation und Aufklärung:
Knochendichtemessung (DXA)

12. Leiden Sie an einer chronischen Bronchitis oder einer COPD ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, seit wann?
13. Haben Sie eine Schilddrüsen über funktion?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
14. Ist bei Ihnen eine Über funktion der Nebenschilddrüsen bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
15. Wurde bei Ihnen eine Chemotherapie durchgeführt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
16. Nehmen Sie aktuell oder haben Sie früher schon einmal Kortisonpräparate eingenommen?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann war die letzte Einnahme? Welche Dosierung?
17. Waren oder sind Sie von einer chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankung (z.B. Rheuma) oder von einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (z.B. Morbus Crohn / Colitis ulcerosa / Zöliakie) betroffen?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, von welcher Erkrankung genau?
18. Leiden Sie an Herzschwäche ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
19. Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion (Niereninsuffizienz) bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
20. Hatten Sie eine Magenoperation ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, warum?
21. Nehmen Sie Magenschutztabletten ein (z.B. Pantoprazol oder Omeprazol)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, seit wann? Welche Dosierung?
22. Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Leberfunktion (Leberinsuffizienz) bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
23. Leiden Sie an Epilepsie ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, müssen Sie Antiepileptika einnehmen? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
24. Leiden Sie an Depressionen ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, müssen Sie Antidepressiva einnehmen? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
25. Nehmen Sie Schlafmittel ein?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche ?
26. Leiden Sie an Multipler Sklerose ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
27. Leiden Sie an Parkinson ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
28. Haben Sie einen Schlaganfall erlitten?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann?
29. Hat ein Arzt bei Ihnen eine Demenz oder eine beginnende Demenz festgestellt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
30. Sind Sie auf eine Gehilfe (z.B. Stock, Krücken, Rollator) angewiesen?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
31. Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
32. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
33. Name und Ort des Hausarztes (falls nicht Überweiser):	



Patienteninformation und Aufklärung:
 Knochendichtemessung (DXA)

Die folgenden Fragen richten sich <u>getrennt</u> an Männer oder Frauen:	
Fragen für <u>Frauen</u> ♀:	Fragen für <u>Männer</u> ♂:
♀34. In welchem Alter kamen Sie in die Wechseljahre ? Im Alter von _____ Jahren.	♂34. Haben oder hatten Sie Prostatakrebs ? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
♀35. Wurde bei Ihnen die Gebärmutter oder die Eierstöcke entfernt? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	♂35. Werden Sie mit antihormonellen Medikamenten behandelt? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, mit welchen?
♀36. Nehmen oder nahmen Sie nach den Wechseljahren weibliche Geschlechtshormone ein? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
♀37. Haben oder hatten Sie Brustkrebs ? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
♀38. Werden Sie mit antihormonellen Medikamenten behandelt? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, mit welchen?	
♀39. Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein? Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Röntgenstrahlen können das ungeborene Kind schädigen, bei Schwangerschaft darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden.	

■ **Einwilligung**

Ich bin mit der Durchführung der Knochendichtemessung einverstanden und habe die **Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen:**



Ja:

Nein:



Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt aufgrund einer gesetzlichen Grundlage oder Ihrer Einwilligung. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten im Rahmen Ihrer Untersuchung finden Sie in der Patienteninformation zum Datenschutz. Zusätzliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten bei der Nutzung unserer Internetseite oder bei der Nutzung unserer digitalen Angebote (z.B. Patientenportal zum Abruf Ihrer Untersuchungsdaten) finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter www.radiologie-betzdorf.de/datenschutzerklaerung.



Datum

Ihre Unterschrift