

**Bitte tragen Sie ihr Gewicht ein: \_\_\_\_\_ KG**

**Diese Frage betrifft nur Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie derzeit schwanger?**

Nein       Ja       Unbekannt      **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Sind Sie im Bereich der Knochen oder Gelenke operiert worden?**

Nein  
 Ja – in welchem Bereich und wann?

.....  
**Haben Sie sich einmal etwas gebrochen?**

Nein  
 Ja – in welchem Bereich und wann?

.....  
**Haben Sie im Bereich der Knochen oder Gelenke Schmerzen?**

Nein  
 Ja – in welchem Bereich (stichwortartig)

.....  
**Haben oder hatten Sie eine bösartige Erkrankung?**

Nein  
 Ja – Art der Erkrankung, Zeitpunkt Erstdiagnose, Therapie?..

.....  
**Sonstiges:** .....

**Wird vom Arzt ausgefüllt:**

Knochenszintigraphie

*Perfusion:*

*Frühphase:*

*Spätphase:*

*Injektion wo:*

*Injektion wann:*

*Akquisition wann:*

*Aktivität:*