

Fragebogen – Osteoporose

Name/Vorname/Geburtsdatum Patient/in _____

Liebe Patientinnen und Patienten,
bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie sind für die Ermittlung Ihres Osteoporoserisikos wichtig.
Alle Informationen werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Jetzige Körpergröße _____ cm, im Pass eingetragene Größe _____ cm
Jetziges Körpergewicht _____ kg
Bestand jemals Über- oder Untergewicht: Ja Nein
wenn ja, etwa wie viel _____ kg
Hat jemand in Ihrer Familie einen Oberschenkelhalsbruch oder Osteoporose? Ja Nein
Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Nehmen Sie oder haben Sie früher cortisonhaltige Medikamente eingenommen? Ja Nein
Wenn ja, welche und wie lange? _____

Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt?
 keinmal 1-5 mal > 5 mal
Haben Sie sich nach Ihrem 50. Lebensjahr einen Knochen gebrochen? Ja Nein
Haben Sie Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule? Ja Nein
Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? Zigarettenanzahl _____ pro Tag
Essen Sie täglich Ja Nein
-Milchprodukte? Ja Nein
-Gemüse und Obst? Ja Nein
-Fleisch? Ja Nein
Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein
wenn ja, wie oft _____/Woche
Wurden Sie schon mal an der Hüfte oder Wirbelsäule operiert? Ja Nein

NUR FÜR FRAUEN

Meine erste Periode war mit _____ Jahren.
Meine letzte Periode war mit _____ Jahren.
Gab es Zeiten, ohne regelmäßigen Zyklus? Ja Nein
wenn ja, _____ Jahre
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein
Nehmen Sie eine Hormonersatztherapie ein? Ja Nein

Leiden Sie an Brustkrebs?

Ja Nein

wenn ja, nehmen Sie Tamoxifen oder Aromatasehemmer ein?

Ja Nein

wenn ja, welches Präparat? _____

Datum/Unterschrift Patient/in