

Osteoporose – Risikofragebogen für Patienten

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

Patienten-Nr.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Der folgende Fragebogen soll helfen, Ihre Knochen-Gesundheit zu ermitteln. Bitte beantworten Sie dafür folgende Fragen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt?

Ja Nein

Wenn ja seit _____ Jahre

Nehmen Sie Medikamente dagegen ein?

Ja Nein

Wenn Ja welche? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Messung der Knochendichte durchgeführt? (nur Messungen die **nicht** bei uns durchgeführt wurden)

Ja Nein

Wenn Ja, wann und wo zuletzt? _____

Gibt es Osteoporose in Ihrer Familie?

Ja Nein unbekannt

Hat bzw. hatte Ihre Großmutter / Mutter / Schwester / Bruder eine Osteoporose, einen krummen Rücken, eine Unterarm-, Wirbel- oder Schenkelhalsbruch? (Bitte zutreffendes unterstreichen)

Fragen zu Ihren Knochenbrüche

➤ Hatten Sie seit dem 50. Lebensjahr einen Knochenbruch?

Ja Nein

Wenn „Ja“ welche und wann:

Wirbelkörper mit ca. _____ Jahren

Rippe mit ca. _____ Jahren

Schenkelhals mit ca. _____ Jahren

Unterschenkel mit ca. _____ Jahren

Oberarm mit ca. _____ Jahren

andere Knochen _____ mit ca. _____ Jahren

- Wodurch kam es zu diesem Knochenbruch (bzw. Knochenbrüche)?
 - ohne besondere Ursache, im Alltagsleben (z.B. beim Heben, Tragen, Laufen, Ausrutschen, Stolpern u. ä.)
 - durch schweren Unfall, z.B. durch Sturz von der Leiter, vom Stuhl, auf der Treppe, vom Baum, Verkehrsunfall...
- Hat sich Ihre Mutter oder Vater den Oberschenkelhals gebrochen? Ja Nein

Ihre Körpergröße

- Was war Ihre maximale Körpergröße? _____cm
- Sind Sie in den letzten Jahren kleiner geworden? Ja Nein
- Wie viel wiegen Sie? _____kg

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

- An einer Schilddrüsenerkrankung, wegen der Sie Tabletten nehmen? Ja Nein
- An chronischem Durchfall? Ja Nein
- An einem entzündlichem Gelenksrheuma? Ja Nein
- An einem Anfallsleiden (Epilepsie) wegen dem Sie Tabletten nehmen? Ja Nein
- An einer Krebserkrankung, wegen der Sie eine Chemotherapie oder Hormontherapie erhielten? Ja Nein
- Diabetes mellitus Typ 1? Ja Nein
- Überfunktion der Nebenniere oder Nebenschilddrüse? Ja Nein
- Wachstumshormonmangel bei Erkrankung der Hirnanhangdrüse? Ja Nein

Einnahme von Medikamenten?

- Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig über mindestens 1 Jahr Cortison-Präparate ein?
z.B. wegen Allergie, Rheuma, Asthma, wegen einer Transplantation Ja Nein
- Spritzen Sie regelmäßig Heparin? Ja Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel oder Antidepressiva ein? Ja Nein

Nur für **Frauen**:

- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein
- Haben bei Ihnen die Wechseljahre vor dem 45. Lebensjahr eingesetzt oder mussten Ihre Eierstöcke entfernt werden? Ja Nein
- Nehmen Sie seit dem Hormone ein? Ja Nein

Nur für **Männer**:

- Hat Ihre Potenz in den letzten Jahren nachgelassen oder mussten Ihre Hoden entfernt werden? Ja Nein
- Fallen Ihnen zunehmend Achsel- und Schamhaare aus? Ja Nein

Lebensgewohnheiten?

- Nehmen Sie täglich ca. ½ Liter Milch oder Jogurt zu sich? Ja Nein
- Essen Sie täglich ca. 2 Scheiben Käse? Ja Nein
- Trinken Sie täglich mehr als 2 Gläser eines alkoholischen Getränkes? Ja Nein
- Rauchen Sie täglich 15 Zigaretten oder mehr? Ja Nein

Wie aktiv sind Sie körperlich?

- Verlassen Sie (fast) täglich länger als 1 Stunde Ihre Wohnung zum Einkaufen oder Wandern Radfahren, Gartenarbeit u. a.? Ja Nein
- Machen Sie regelmäßig (mind. 1xwöchentlich) Gymnastik oder Sport? Ja Nein
- Ist Ihre Gehfähigkeit eingeschränkt (weniger als 100 m am Stück)? Ja Nein

Fragen zu Ihrem Sturzrisiko:

- Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt? Ja Nein
- Leiden Sie an Schwindel? Ja Nein
- Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja Nein
- Sind Sie gehbehindert? Ja Nein
- Benutzen Sie eine Gehilfe? Ja Nein
- Haben Sie Probleme mit Ihren Füßen? Ja Nein

Mit der Erfassung dieser Daten in der Praxisdokumentation bin ich einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____