

Osteoporose – Risikofragebogen für Patienten

Name:

Geb.-Dat.:

Patienten-Nr.:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Der folgende Fragebogen soll helfen, Ihre Knochengesundheit 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 _____ Jahren

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, einen Unterarm-, Wirbel- oder Schenkelhalsbruch? (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

Fragen zu Ihren Knochenbrüchen

➤ Hatten Sie nach 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...

Ihre Körpergröße

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

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 Gelenkrheuma? Ja Nein
- An einem Anfallsleiden (Epilepsie), wegen dem Sie Tabletten nehmen? Ja Nein
- An einer Krebserkrankung, wegen der Sie eine Chemotherapie erhielten? 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

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 seitdem 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. 1 x wöchentlich) Gymnastik oder Sport? Ja Nein

Fragen zu Ihrem Sturzrisiko:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ➤ Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ➤ Leiden Sie an Schwindel? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ➤ Hatten Sie einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ➤ Sind Sie gehbehindert? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ➤ Benutzen Sie eine Gehhilfe? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ➤ Haben Sie Probleme mit Ihren Füßen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

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

Datum: _____

Unterschrift: _____