

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?

nie 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

-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, wie viele 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