

FRAGEBOGEN – OSTEOPOROSE

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen.

Heutiges Datum: _____

Nachname:		Vorname:	
Geb. Datum:	männlich <input type="checkbox"/>	Gewicht: _____ kg	
Alter:	weiblich <input type="checkbox"/>	Größe: _____ cm	

Hatten oder haben die Eltern, Großeltern oder Geschwister einen Rundrücken, eine Osteoporose oder häufig Knochenbrüche?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hatten die Eltern einen Schenkelhalsbruch?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hatten Sie selbst als Erwachsener einen Knochenbruch ohne wesentliche Gewalteinwirkung (z.B. Sturz beim Gehen)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wirbelbruch <input type="checkbox"/>	Schenkelhalsbruch <input type="checkbox"/>	Unterarm <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer anderen (ev. erblichen) Knochenerkrankung?		andere: _____
		Nein <input type="checkbox"/>
		Ja <input type="checkbox"/>

Lebensgewohnheiten:

Zigaretten	keine <input type="checkbox"/>	bis zu 10 <input type="checkbox"/>	10 – 20 <input type="checkbox"/>	über 20 <input type="checkbox"/>
Alkohol	keinen <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	täglich bis 3 Gläser Wein <input type="checkbox"/> oder 3 Bier <input type="checkbox"/> oder 1 Schnaps <input type="checkbox"/>	täglich über 3 Gläser Wein <input type="checkbox"/> oder 3 Bier <input type="checkbox"/> oder 1 Schnaps <input type="checkbox"/>
Diät	keine <input type="checkbox"/>	vegetarisch <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
Milch	regelmäßig <input type="checkbox"/>	ein Glas <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>
Käse / Joghurt	regelmäßig <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	kein <input type="checkbox"/>
Sport	täglich <input type="checkbox"/>	regelmäßig <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	kein <input type="checkbox"/>
Bettlägrigkeit in den letzten 2 Jahren	nein <input type="checkbox"/>	über ein Monat <input type="checkbox"/>	1 – 2 Monate <input type="checkbox"/>	mehr als 2 Monate <input type="checkbox"/>

Erkrankungen:

Diabetes <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/>	chron. Lebererkrankung <input type="checkbox"/>
chron. entzündl. Gelenksrheumatismus <input type="checkbox"/>	chron. Darmerkrankung <input type="checkbox"/>	chron. Nierenerkrankung <input type="checkbox"/>
Brustkrebs <input type="checkbox"/>	Andere Krebserkrankungen: _____	
andere Operationen: _____		

Gynäkologische Anamnese:

Alter bei der letzten Regelblutung (Menopause)	
Wie viele Jahre haben Sie die Pille eingenommen?	
Operation (Entfernung) der Gebärmutter	Nein <input type="checkbox"/>
Operation (Entfernung) der Eierstöcke	Ja <input type="checkbox"/>
Einnahme von Hormonen wegen Wechselbeschwerden	Nein <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/>

Medikamente:

Nehmen Sie derzeit ein Cortisonpräparat ein?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 2 Jahren ein Cortisonpräparat bekommen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Marcoumar oder Sintrom ein?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Mittel gegen Epilepsie?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie derzeit Medikamente für die Schilddrüse?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie häufig Tabletten gegen Magenübersäuerung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie derzeit Medikamente gegen Osteoporose?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Welche Osteoporosemedikamente: _____		
Frühere Osteoporosemedikamente: _____		
Andere Medikamente derzeit: _____		