



Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Osteoporose

Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt

- Ja, seit _____
 Nein

Gibt es Osteoporose in Ihrer Familie

- Ja
 Nein
 nicht bekannt

Hat bzw. hatten Ihre Grosseltern, Mutter, Schwester oder Bruder einen

- krummen Rücken?
 Unterarm-, Wirbel- oder Schenkelhalsbruch?

Grösse / Gewicht

Ihre Grösse _____ cm

Sind Sie in den letzten Jahren kleiner geworden

- Ja, wieviel _____ cm

Ihr Gewicht _____ kg

Was war Ihr höchstes Gewicht im Alter von _____ Jahren _____ kg

Was war Ihr tiefstes Gewicht im Alter von _____ Jahren _____ kg

Für Frauen

Wie alt waren Sie bei der ersten Regelblutung? _____ Jahre

Wie alt waren Sie bei der letzten Regelblutung? _____ Jahre

Haben Sie **Rückenschmerzen** beim Tragen oder Heben, beim längeren Stehen, Sitzen oder Gehen?

- Ja Nein

Erkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden **Erkrankungen**

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Chronischer Durchfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Polyarthritis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bitte wenden

PATIENTENFRAGEBOGEN

Osteoporose



RADIOLOGIE ZENTRUM
FRICKTAL

Bewegung/Sport

Haben Sie eine Gehbehinderung Ja Nein

Benutzen Sie eine Gehhilfe Ja Nein

Welche der folgenden Tätigkeiten üben Sie wie oft aus?

Spazieren Ja Nein Stunden pro Woche _____

Wandern Ja Nein Stunden pro Woche _____

Gartenarbeit Ja Nein Stunden pro Woche _____

Gymnastik Ja Nein Stunden pro Woche _____

_____ Ja Nein Stunden pro Woche _____

_____ Ja Nein Stunden pro Woche _____

_____ Ja Nein Stunden pro Woche _____

Sturzrisiko

Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt Ja Nein

Leiden Sie an Schwindel Ja Nein

Hatten Sie einen Schlaganfall Ja Nein

Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein Ja Nein

Haben Sie eine Sehbehinderung Ja Nein

Hatten Sie je **Knochenbrüche**?

Nein

Ja, welcher Knochen und welche Ursache (z.B. Unfall, Ausrutschen, Treppensturz)

Wirbelkörper wann _____ Ursache _____

Rippen wann _____ Ursache _____

Schenkelhals wann _____ Ursache _____

Unterschenkel wann _____ Ursache _____

Oberarm wann _____ Ursache _____

Unterarm wann _____ Ursache _____

_____ wann _____ Ursache _____

Medikamente

Nehmen Sie **Medikamente** ein?

Cortisonpräparate wieviel _____, seit _____/wie lange _____

Andere Medikamente

Verschiedenes

Trinken Sie täglich mehr als 2 Gläser eines alkoholischen Getränkes Ja Nein

Rauchen Sie täglich 20 Zigaretten oder mehr Ja Nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit der Erfassung dieser Daten in der Praxisdokumentation sind Sie einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____