

Osteoporose - Fragebogen

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
 - Nein
- *Ihr Gewicht _____ kg*

<i>Was war Ihr höchstes Gewicht</i>	<i>im Alter von _____ Jahren _____ kg</i>
<i>Was war Ihr tiefstes Gewicht</i>	<i>im Alter von _____ Jahren _____ kg</i>

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

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen

- *Schilddrüsenerkrankung* Ja Nein
- *chronischer Durchfall* Ja Nein
- *Polyarthrit* Ja Nein
- *Epilepsie* Ja Nein

Bewegung/Sport

- *Haben Sie eine Gehbehinderung* Ja Nein
- *Benutzen Sie eine Gehhilfe* Ja Nein

Bitte wenden!

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 _____

Nehmen Sie **Medikamente** ein?

- Cortisonpräparate
wieviel _____, seit _____ /wie lange _____
- Andere Medikamente

- 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: _____