

PATIENTENFRAGEBOGEN

Osteoporose



RADIOLOGIE ZENTRUM
FRICKTAL

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Osteoporose

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

Ihre Grösse im Alter von 20 Jahren _____ cm

Gewicht

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

Erkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen

- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Polyarthritis Ja Nein
Chronischer Durchfall Ja Nein
Epilepsie Ja Nein

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein

Cortisonpräparate wieviel _____, seit _____/wie lange _____

Andere Medikamente

PATIENTENFRAGEBOGEN

Osteoporose



RADIOLOGIE ZENTRUM
FRICKTAL

Bewegung/Sport

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

Ja Nein

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 _____

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

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 _____

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: _____