

Osteoporose – Risikofragebogen

Sehr geehrten Patienten!

Der folgende Fragebogen soll helfen, Ihre Knochengesundheit zu ermitteln. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen, die zur Beurteilung Ihres Osteoporoserisikos dienen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt?

- Nein Ja, seit _____

Bestand/besteht bei Ihrem Vater oder Ihrer Mutter ein Hüft- oder Oberschenkelbruch?

- Nein Ja

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- an einer Schilddrüsenerkrankung, wegen der Sie Tabletten einnehmen? Nein Ja
- an chronischem Durchfall? Nein Ja
- an einem entzündlichem Gelenksrheumatismus? Nein Ja
- an einem Anfallsleiden (Epilepsie) und nehmen diesbezüglich Tabletten ein? Nein Ja

Nehmen Sie häufig Kortisonpräparate ein?

- Nein Ja

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein?

- Nein Ja

Ernährung

Trinken Sie täglich ca. ½ Liter Milch oder Joghurt? Nein Ja

Essen Sie täglich ca. 2 Scheiben Käse? Nein Ja

Besteht regelmäßiger Alkoholkonsum?

Trinken Sie täglich mehr als 2 Gläser eines alkoholischen Getränkes?

Nein Ja

Besteht regelmäßiger Tabakkonsum?

Rauchen Sie täglich 20 Zigaretten oder mehr?

Nein Ja

Haben Sie Rückenschmerzen?

beim Tragen oder Heben, beim längeren Stehen,
Sitzen oder Laufen? Nein Ja

Sind diese Rückenschmerzen neu/
haben sich akut verschlechtert? Nein Ja

Körpergröße

Ihre bisherige max. Körpergröße: _____ cm

Sind Sie in den letzten Jahren kleiner geworden?

Wenn ja um wie viel cm? _____ cm

Körpergewicht

Ihr höchstes Gewicht? im Alter von _____ Jahren _____ kg

Haben Sie in den letzten 2 Jahren an Gewicht abgenommen?

Wenn ja um wie viele kg? _____ kg

Wie aktiv sind Sie körperlich?

Verlassen Sie (fast) täglich länger als 1 Stunde
Ihre Wohnung zum Einkaufen oder Wandern,
Radfahren, Gartenarbeit etc.?

Nein Ja

Machen Sie Gymnastik, Sport u.a.m.?

Nein Ja

Wenn ja wie oft pro Woche? _____ x pro Woche

Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt?

Sind Sie gehbehindert?

Nein Ja

Benutzen Sie eine Gehhilfe?

Nein Ja

Haben Sie Probleme mit Ihren Füßen?

Nein Ja

Fragen zu Ihrem Sturzrisiko

Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt?

Nein Ja

Leiden Sie an Schwindel?

Nein Ja

Hatten Sie einen Schlaganfall?

Nein Ja

Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel?

Nein Ja

Sehen Sie schlecht?

Nein Ja

Fragen zu Ihren Knochenbrüchen

Hatten Sie seit dem 50. Lebensjahr einen Knochenbruch?

Nein Ja

Wenn ja, welchen Knochenbruch und wann ist dies passiert?

Wirbelkörper mit _____ Jahren

Rippen mit _____ Jahren

Schenkelhals mit _____ Jahren

Unterschenkel mit _____ Jahren

Oberarm mit _____ Jahren

Unterarm mit _____ Jahren

andere Knochen: _____ mit _____ Jahren

Wodurch kam es zu diesem Knochenbruch bzw. Knochenbrüche?

- ohne besondere Ursache, im Alltagsleben (z.B. beim Heben, Tragen, Laufen, Ausrutschen, Stolpern u.ä.)
- durch schweren Sturz, z.B. durch Sturz von der Leiter, vom Stuhl, auf der Treppe etc.
- durch einen Unfall z.B. Verkehrsunfall

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- Nein Ja Wenn ja, welche: _____

Mit der Erfassung dieser Daten in der Praxisdokumentation bin ich einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____