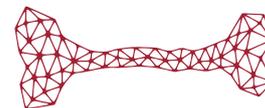


OSTEOPOROSE RISIKO-FRAGEBOGEN



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Körpergröße im Personalausweis: _____ cm

Aktuelle Körpergröße: (falls abweichend) _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Können Sie mehr als 100 Meter am Stück gehen? ja nein

Besteht eine Sturzneigung? (>3 Stürze pro Jahr) ja nein

Nutzen Sie eines der folgenden Hilfsmittel? (Mehrfachnennungen möglich)

Gehstock Orthese Rollator Rollstuhl

Medikamente (falls kein Medikationsplan vorhanden):

Rauchen Sie? Ja nein

Wenn ja, wieviel? _____ pro Tag Seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? gelegentlich regelmäßig nein

Befinden Sie sich zurzeit in einer Zahnbehandlung? ja nein

Planen Sie eine Zahnbehandlung? ja nein Wenn ja, wann? _____

FÜR PATIENTINNEN:

Wie alt waren Sie bei der letzten Regelblutung? (Menopause) _____ Jahre



VORERKRANKUNGEN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Hypogonadismus |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Zahn- oder Kiefer-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Über-/ Unterfunktion der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Schizophrenie |
| <input type="checkbox"/> Überfunktion der Nebenniere (M.Cushing) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Sprue/ Zöliakie | <input type="checkbox"/> Demenz/ Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Entzündliche Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Lupus erythematodes |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Spondylarthropathie (Bechterew) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Mamma-Karzinom | <input type="checkbox"/> Prostata-Karzinom |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz/ Funktionsstörung der Lungen | <input type="checkbox"/> Reflux |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Chronische Hyponaträmie | <input type="checkbox"/> Magenresektion |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke |
| <input type="checkbox"/> MGUS/ Plasmozytom | <input type="checkbox"/> Hyperparathyreoidismus |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

KNOCHENBRÜCHE

Hatten Sie bereits Knochenbrüche?

ja nein

Wenn ja, welche?

Becken Wenn ja, wann? _____

Schenkelhals Wenn ja, wann? _____

Wirbelkörper Wenn ja, wann? _____

_____ welche(r)?

Schultergelenk/Oberarm Wenn ja, wann? _____

Handgelenk/ Unterarm Wenn ja, wann? _____

OSTEOPOROSE RISIKO-FRAGEBOGEN



Familiäre Vorbelastung

Ist ein Familienmitglied an Osteoporose erkrankt? ja nein

Hatten Ihre Eltern osteoporotische Knochenbrüche? ja nein

Hatten Ihre Eltern osteoporotische Knochenbrüche? ja nein

OSTEOPOROTISCHE MEDIKAMENTE

ja

nein

Wenn ja, welche?

Seit wann?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bemerkungen: