

Risikofragebogen

Osteoporosezentrum
Hamburg | Neuer Wall

Hamburg, den

Sehr geehrte Patientin,

Sie stellen sich in unserer Praxis zur Abklärung und/oder weiterführenden Therapie einer Osteoporose vor. Damit wir Ihr individuelles Risiko besser beurteilen können, bitten wir Sie, die Wartezeiten zu nutzen und diesen Fragebogen auszufüllen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Osteoporoseteam

NAME:

GEB. DATUM:

Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt:

Ja Nein

Seit wann ist sie bekannt:

Wurden Sie bisher gegen die Osteoporose behandelt?

Ja Nein

Welche Medikamente zur Behandlung haben Sie bisher erhalten?

Erhalten Sie Calcium und/oder Vitamin D?

Ja Nein

Haben Sie sich bisher einen Knochen gebrochen? (auch Wirbel)

Ja Nein

Welchen Knochen und wann?

Gibt es in Ihrer Familie eine Osteoporose?

Ja Nein

Welche Familienmitglieder sind betroffen?

Haben Sie in der Vergangenheit stark Gewicht verloren?

Ja Nein

Wie viel Kilo haben Sie abgenommen?

Waren Sie schon einmal länger als 2 Monate ans Bett gefesselt?

Ja Nein

Wie alt waren Sie damals?

Wie groß waren Sie im Alter von 25 Jahren?



Wie häufig sind Sie im letzten Jahr gefallen?

Wie viel Zeit verbringen Sie täglich im Freien?

Keine
eine halbe bis eine Stunde

weniger als eine halbe Stunde
mehr als eine Stunde

Treiben Sie Sport?

Ja Nein

Wie häufig?

Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankung?

Wenn ja, an welcher

Wie häufig essen Sie üblicherweise folgende Milchprodukte:

Käse
Joghurt/Quark
Milch

an Tagen in der Woche
an Tagen in der Woche
an Tagen in der Woche

Haben Sie jemals Zigaretten geraucht?

Ja Nein

Wenn ja,

Wie alt waren Sie, als Sie anfangen?

Wie viel Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt?

Haben Sie aufgehört zu rauchen und wann?

Wie oft tranken Sie im vergangenen Jahr alkoholische Getränke?

Täglich Wöchentlich unregelmäßig nie

Wie viele Tassen koffeinhaltiger Getränke (Kaffee, Tee, Cola) trinken Sie täglich?

Haben Sie jemals folgende Medikamente erhalten?

Cortison (keine Creme, länger als 4 Wochen)
Marcumar/Heparin
Schilddrüsenhormone
Antiepileptika (Mittel gegen epileptische Krämpfe)
Blutdruck senkende Medikamente
Schlafmittel
Glitazone (Medikamente zur Senkung des Blutzuckers)
Aromatase Hemmer (zur Behandlung des Brustkrebs)
Protonenpumpenhemmer (Säureblocker)

Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein
Ja Nein



Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

Überfunktion der Schilddrüse	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankungen, die mit Durchfällen einhergehen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Milchunverträglichkeit	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Rheumatoider Arthritis	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
M. Bechterew	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Chron. Bronchitis	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Sprue	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Wie alt waren Sie, als Sie die erste Regel hatten?

War Ihre Regel immer regelmäßig?

Wie alt waren Sie, als Sie in die Wechseljahre kamen?

Haben Sie danach Hormone (Östrogene) erhalten? Ja Nein

Wenn ja, wie lange und welches Medikament?

Sind die Eierstöcke entfernt worden? Ja Nein

Haben Sie Kinder gestillt? Ja Nein

Wenn ja, wie viele und wie lange?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!