

Risikofragebogen

Osteoporosezentrum
Hamburg | Neuer Wall

Sehr geehrter Patient,

Sie stellten 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

DATUM:

NAME:

GEB. DATUM:

Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt:

Ja Nein

Wenn ja, wann wurde sie diagnostiziert?

Wurden Sie bisher gegen die Osteoporose behandelt?

Ja Nein

Wenn ja, 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

Wenn ja, welchen Knochen, unter welchen Umständen und wann?

Gibt es in Ihrer Familie eine Osteoporose?

Ja Nein

Wenn ja, welche Familienmitglieder sind betroffen?

Haben Sie in der Vergangenheit stark Gewicht verloren?

Ja Nein

Wenn ja, wie viel Kilo und in welchem Zeitraum?

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

Ja Nein

Wenn ja, 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

Wenn ja, wie häufig?

Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankung?

Wenn ja, an welcher

Wie häufig essen Sie üblicherweise folgende Milchprodukte:

Käse/Weichkäse an Tagen in der Woche
 Joghurt/Quark an Tagen in der Woche
 Milch 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)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Marcumar/Heparin	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenhormone	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Antiepileptika (Mittel gegen epileptische Krämpfe)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Testosteron	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Testosteron Blocker (zur Behandlung des Prostata Krebses)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Blutdruck senkende Medikamente	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Protonenpumpenhemmer (Säureblocker)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

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"/>
Testosteronmangel	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide 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"/>