

# Risikofragebogen

Osteoporosezentrum  
Hamburg | Neuer Wall



Hamburg, den

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 ☐

**Wenn, ja womit?** (Alendronat (z.B. Fosavance, Risedronat (z.B. Actonel), Raloxifen (Evista), Ibandronat (z.B. Bonviva), Zoledronat (z.B. Aclasta), Teriparatid (Forsteo), Denosumab (Prolia, Romosozumab (Evenity), Abaloparatid (Eladynos)

**Erhalten Sie Calcium und/oder Vitamin D?**

Ja ☐ Nein ☐

In welcher Dosis und wie lange?

**Wie groß waren Sie im Alter von 25 Jahren?**

**Haben Sie sich nach dem 40. Lebensjahr einen Knochen gebrochen?**

Ja ☐ Nein ☐

Welchen Knochen und wann?

Oberschenkel Ja ☐ Oberarm Ja ☐ Unterarm Ja ☐ Wirbelkörper Ja ☐ Becken Ja ☐

**Hatte einer Ihrer Eltern jemals eine Hüftfraktur?**

Ja ☐ Nein ☐

**Trinken Sie mehr als 3 Gläser Alkohol am Tag?**

Ja ☐ Nein ☐

**Haben Sie jemals Zigaretten geraucht?**

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja,

Wieviel Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt?

Rauchen Sie noch?

**Nehmen oder nahmen Sie Cortison ein (mehr als 2 mg in Tablettenform)?**

Ja ☐ Nein ☐

**Leiden Sie an Rheumatoider Arthritis?**

Ja ☐ Nein ☐

**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 häufig sind Sie im letzten Jahr gefallen?**

**Benötigen Sie eine Gehhilfe?**

**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?

Welche Sportart?

**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

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

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

**Überfunktion der Schilddrüse**

Ja ☐ Nein ☐

Überfunktion der Nebenschilddrüse

Ja ☐ Nein ☐

Nierensteine

Ja ☐ Nein ☐

Nierenerkrankungen im Endstadium

Ja ☐ Nein ☐

**Chron. Lebererkrankung**

Ja ☐ Nein ☐

Darmerkrankungen, die mit Durchfällen einhergehen

Ja ☐ Nein ☐

Zöliakie

Ja ☐ Nein ☐

**Anorexie oder Bulimie**

Ja ☐ Nein ☐

**Milchunverträglichkeit/Nahrungsmittelunverträglichkeiten**

Ja ☐ Nein ☐

Diabetes mellitus

Ja ☐ Nein ☐

Herzschwäche

Ja ☐ Nein ☐

Chron. Bronchitis

Ja ☐ Nein ☐

Asthma oder Emphysem

Ja ☐ Nein ☐

**Krebs**

Ja ☐ Nein ☐

**Wenn ja, welcher?**

M. Parkinson

Ja ☐ Nein ☐

Demenz

Ja ☐ Nein ☐

Multiple Sklerose

Ja ☐ Nein ☐

M. Bechterew

Ja ☐ Nein ☐

Depression

Ja ☐ Nein ☐

Epilepsie

Ja ☐ Nein ☐

Schlaganfall

Ja ☐ Nein ☐



**Haben Sie jemals folgende Medikamente erhalten?**

Cortison (keine Creme, länger als 4 Wochen)

Ja ☐ Nein ☐

Marcumar/Heparin

Ja ☐ Nein ☐

Schilddrüsenhormone

Ja ☐ Nein ☐

Antiepileptika (Mittel gegen epileptische Krämpfe)

Ja ☐ Nein ☐

Blutdruck senkende Medikamente

Ja ☐ Nein ☐

Schlafmittel

Ja ☐ Nein ☐

Glitazone (Medikamente zur Senkung des Blutzuckers)

Ja ☐ Nein ☐

Protonenpumpenhemmer (Säureblocker)

Ja ☐ Nein ☐

**Für Frauen:**

Aromatase Hemmer (zur Behandlung des Brustkrebs)

Ja ☐ Nein ☐

**Für Männer:**

Testosteron Blocker (zur Behandlung des Prostatakrebs)

Ja ☐ Nein ☐

Testosteron

Ja ☐ Nein ☐

**Für Frauen:**

**War Ihre Regel immer regelmäßig?**

Ja ☐ Nein ☐

**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 Gebärmutter oder die Eierstöcke entfernt worden?**

Ja ☐ Nein ☐

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**