

Risikofragebogen

Hamburg, den

Sehr geehrte Patientin, 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

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. Boniva), 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

Überfunktion der Nebenschilddrüse

Ja Nein

Nierensteine

Ja Nein

Nierenerkrankungen im Endstadium

Ja Nein

Chron. Lebererkrankung

Darmerkrankungen, die mit Durchfällen einhergehen

Ja Nein

Zöliakie

Ja Nein

Anorexie oder Bulimie

Ja Nein

Milchunverträglichkeit/Nahrungsmittelunverträglichkeiten

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?

Corfison (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"/>
Blutdruck senkende Medikamente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlafmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Glitazone (Medikamente zur Senkung des Blutzuckers)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Protonenpumpenhemmer (Säureblocker)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Für Frauen:		
Aromatase Hemmer (zur Behandlung des Brustkrebs)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Für Männer:		
Testosteron Blocker (zur Behandlung des Prostatakrebs)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Testosteron	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Für Frauen:

<u>War Ihre Regel immer regelmäßig?</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

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

Haben Sie danach Hormone (Östrogene) erhalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange und welches Medikament?		

<u>Sind die Gebärmutter oder die Eierstöcke entfernt worden?</u>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!