

Liebe Patientin, lieber Patient

Gerne stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem Osteoporose-Risiko.

Dieser Fragebogen erleichtert zusammen mit der Knochendichtemessung - welche bei Ihnen geplant ist - die Beurteilung. Damit können wir Ihnen und Ihrem Hausarzt konkrete Empfehlungen machen.

**1. Haben Mutter oder Vater jemals einen Knochenbruch an der Hüfte erlitten?  
(Oberschenkelhalsbruch)**

Ja  Nein

**2. Haben Sie sich schon einmal einen Knochen gebrochen?**

Ja  Nein

- |   |                     |                     |
|---|---------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Wirbel / Wirbelsäule | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |
| <input type="checkbox"/> Hüfte / Oberschenkel | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |
| <input type="checkbox"/> Vorderarm            | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |
| <input type="checkbox"/> Oberarm              | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |
| <input type="checkbox"/> andere .....         | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |

**3. Wie oft sind Sie im letzten Jahr gestürzt? .....** mal

**4. Werden oder wurden Sie bereits wegen Osteoporose behandelt?**

- Ja, womit? ..... In welcher Zeit? .....
- Nein

**5. Werden oder wurden Sie mit folgenden Medikamenten behandelt?**

Prednison, Spiricort, Calcort, andere Kortison-Tabletten?  Ja  Nein  
von ..... bis .....

Therapie bei Epilepsie: .....  Ja  Nein

**6. Welche Medikamente oder Spritzen bekommen Sie aktuell?  
(Name und Dosierung der einzelnen Medikamente?)**

.....  
.....  
.....

**7. Rauchen Sie täglich mehr als 10 Zigaretten?**

Ja  Nein

**8. Trinken Sie täglich 3 oder mehr Gläser Alkohol?**

Ja  Nein

**9. Bewegen Sie sich mindestens 3x 20 Minuten/Woche?  
(z.B. zügiges Spazieren, Gymnastik, etc.)**

Ja  Nein

10. **Wie gross waren Sie früher?**  
(gemäss ID, Pass) ..... cm
11. **Welches war Ihr tiefstes Gewicht seit dem 18. Lebensjahr:** ..... kg
12. **Hatten Sie je eine Essstörung?**  Ja  Nein
13. **Leiden Sie an entzündlichem Gelenkrheuma?**  Ja  Nein
14. **Wurde bei Ihnen einmal eine chronische Magendarm-Entzündung festgestellt?**  
(z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Zöliakie)  Ja  Nein
15. **Liegt eine chronische Nierenfunktionsstörung vor?**  Ja  Nein
16. **Sind Sie organtransplantiert?**  Ja  Nein
17. **Haben Sie eine Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenüberfunktion**  Ja  Nein
18. **Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?**  Ja  Nein

**19. Für Frauen:**

- Alter bei der ersten Periodenblutung?..... Jahre
- Alter bei der letzten Periodenblutung? ..... Jahre
- Haben Sie Hormone nach der Abänderung eingenommen?  Ja  Nein  
(Tabletten, Pflaster, Gel, Spritzen, Zäpfchen) (wie lange, was?) .....
- Wurde an Gebärmutter oder Eierstöcken operiert (was, wann?) .....
- Periode blieb einmal länger als 6 Monate aus (ausser Schwangerschaft)?  Ja  Nein

**20. Kalziumzufuhr**

- Wieviel Milch trinken Sie? ..... dl/Woche
- Wie viel Joghurts essen Sie? ..... /Woche
- Wie viel Hartkäse essen Sie? ..... g/Woche
- Wie viel Weichkäse essen Sie? ..... g/Woche
- Wie viel Leitungswasser / Tee trinken Sie? ..... dl/Tag
- Wie viel Mineralwasser trinken Sie? ..... dl/Tag
- Marke? .....

**Total Calcium über Medikation** ..... /Tag

**Total Calcium über Ernährung** (wird von uns berechnet) ..... /Tag

Besten Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen genommen haben.

Ihr Osteologie-Team

Datum: ..... Unterschrift: .....