



Fragebogen zur Osteoporose-Abklärung

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Sie sind wichtig für eine korrekte Einschätzung Ihres Osteoporose-Risikos. Beziehen Sie Ihre Antworten auf die letzten Jahre (erst vor kurzem geänderte Ernährungsgewohnheiten sind weniger aussagekräftig für die Beurteilung). Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Knochendichtmessung nur in bestimmten Situationen. Fragen Sie im Zweifelsfall Ihren zuweisenden Hausarzt, ob dies für Sie zutrifft.

Name, Vorname:.....

Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelbruch erlitten? Ja Nein

Haben Sie selbst Knochenbrüche nach einem Sturz aus Stehhöhe erlitten? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Alter?

Welcher Knochen?

Wie war Ihre maximale Körpergrösse (Passgrösse)?.....cm

Nehmen Sie Kortison (Spiricort, Prednison) ein? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Dosierung und seit wann?

Haben Sie früher während längerer Zeit Kortison eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, ungefähre Dosierung und Dauer der Behandlung?

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein? Ja Nein

Wenn ja, welche – seit wann?

Nehmen Sie andere Medikamente ein (Schlaf-, Blutdruck-, Diabetesmittel, Schilddrüsenhormone etc)?

.....
Rauchen Sie täglich? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? Ja Nein

Wurden bei Ihnen Nierensteine diagnostiziert? Ja Nein

Wurden bei Ihnen Magen/Darmgeschwüre diagnostiziert? Ja Nein

Leiden Sie an einer entzündlichen Darmerkrankung? Ja Nein

Leiden Sie an einer Rheumatoiden Arthritis? Ja Nein

Sind Sie im vergangenen Jahr gestürzt? Ja Nein

Wenn ja, wie oft? Grund (Stolpern, Schwindel)?



Wieviel:

- Milch trinken Sie durchschnittlich pro Tag? Deziliter
- Hartkäse essen Sie durchschnittlich pro Tag? Gramm
- Weichkäse essen Sie durchschnittlich pro Tag? Gramm
- Quark/Frischkäse essen Sie durchschnittlich pro Tag? Gramm
- Joghurt essen Sie durchschnittlich pro Tag? Becher
- Hahnenwasser trinken Sie durchschnittlich pro Tag? Deziliter
- Mineralwasser trinken Sie durchschnittlich pro Tag? Deziliter
- Welche Marke?

- Halten Sie sich täglich mindestens 30 min im Freien auf? Ja Nein

Nur von Frauen zu beantworten:

- Haben Sie regelmässige Monatsblutung? Ja Nein
Wenn nein, in welchem Alter hörte sie auf? mit Jahren
- Stehen Sie unter Hormonbehandlung? Ja Nein
Wenn ja, seit wann?
- Standen Sie früher unter einer Hormonbehandlung? Ja Nein
Wenn ja, Grund des Abbruches?
- Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt? Ja Nein
Wenn ja, wann?
- Wurden bei Ihnen die Eierstöcke entfernt? Ja Nein
Wenn ja, wann?
- Leiden oder litten Sie an Brustkrebs? Ja Nein
- Kommt in Ihrer Familie Brustkrebs gehäuft vor? Ja Nein
- Haben Sie Venenthrombosen durchgemacht? Ja Nein
- Haben Sie Lungenembolien durchgemacht? Ja Nein

Nur von Männern zu beantworten:

- Hat Ihre Körperbehaarung abgenommen? Ja Nein
- Haben Sie eine Abnahme der Hodengrösse bemerkt? Ja Nein
- Ist Ihnen ein Brustwachstum aufgefallen? Ja Nein
- Hat Ihre Sexualfunktion abgenommen? Ja Nein

Vielen Dank, dass sie sich die Zeit genommen haben, um die Fragen zu beantworten.