

Osteoporose - Risikofragebogen für Patienten (Seite 1)

Sehr geehrte Patientin ! Sehr geehrter Patient !

Der folgende Fragebogen soll helfen, Ihre Knochen-Gesundheit zu ermitteln. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen, die zur Beurteilung Ihres Osteoporose-Risikos dienen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname : _____
Geboren am: ____ . ____ . 19 ____ Alter ____ Jahre Geschlecht: männlich weiblich

Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt ? Ja Nein
Wenn ja: seit ____ Jahren

Regelblutung bei Frauen

- Wie alt waren Sie bei der 1. Regel ? _____ Jahre
- Wie alt waren Sie bei der letzten Regelblutung? _____ Jahre

Gibt es Osteoporose in Ihrer Familie? Ja Nein unbekannt

Hat bzw.hatte Ihre Großmutter / Mutter / Schwester / Bruder eine Osteoporose, einen krummen Rücken / einen Unterarm-, Wirbel- oder Schenkelhalsbruch? (Bitte zutreffendes unterstreichen)

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

- an einer Schilddrüsenerkrankung, wegen der Sie Tabletten einnehmen ? Ja Nein
- an chronischem Durchfall ? Ja Nein
- an einem entzündlichem Gelenksrheumatismus? Ja Nein
- an einem Anfallsleiden (Epilepsie) / nehmen Sie deswegen Tabletten? Ja Nein

Einnahme von Kortisonpräparaten?

- Nehmen oder nahmen Sie häufig Cortison - Präparate ein? Ja Nein unbekannt
- z.B. wegen Allergie, Rheuma, Asthma, wegen einer Transplantation

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Milchprodukte in Ihrer Ernährung

- Trinken Sie täglich ca. ½ Liter Milch oder Joghurt ? Ja Nein
- Essen Sie täglich ca. 2 Scheiben Käse? Ja Nein

Regelmäßiger Alkoholkonsum?

- Trinken Sie täglich mehr als 2 Gläser eines alkoholischen Getränkes Ja Nein

Regelmäßiger Tabakkonsum?

- Rauchen Sie täglich 20 Zigaretten oder mehr? Ja Nein

Haben Sie Rückenschmerzen?

- beim Tragen oder Heben, beim längeren Stehen, Sitzen oder Laufen ? Ja Nein
- Sind diese Rückenschmerzen neu / haben sich akut verschlechtert? Ja Nein

Ihre Körpergröße

- Was war Ihre maximale Körpergröße? _____ , _____ m
- Sind Sie in den letzten Jahren kleiner geworden ? Ja Nein
wenn ja: um _____ cm

Osteoporose - Risikofragebogen für Patienten (Seite 2 von Pat. _____)**Ihr Körpergewicht**

- Was war Ihr höchstes Gewicht? im Alter von _____ Jahren _____ kg
 - Haben Sie in den letzten 2 Jahren an Gewicht abgenommen? Ja Nein
 wenn ja: um wie viele kg _____ ?

Wie aktiv sind Sie körperlich ?

- verlassen Sie (fast) täglich länger als 1 Stunde Ihre Wohnung zum
Einkaufen oder Wandern, Radfahren, Gartenarbeit u.a. Ja Nein
 Machen Sie Gymnastik, Sport u.a.m.? Ja Nein
 Wenn ja: wie oft pro Woche: _____

Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt?

- Sind Sie gehbehindert? Ja Nein
 - Benutzen Sie eine Gehhilfe? Ja Nein
 - Haben Sie Probleme mit Ihren Füßen? Ja Nein

Fragen zu Ihrem Sturzrisiko:

- Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt ? Ja Nein
 - Leiden Sie an Schwindel? Ja Nein
 - Hatten Sie einen Schlaganfall ? Ja Nein
 - Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? Ja Nein
 - Sehen Sie schlecht? (z.B. sehr starke Brille, Stabsehen, einäugig) Ja Nein

Fragen zu Ihren Knochenbrüchen

Hatten Sie seit dem 50. Lebensjahr einen Knochenbruch? Ja Nein

Wenn „Ja“, welchen und wann:

Wirbelkörper mit _____ Jahren
 Rippe..... mit _____ Jahren
 Schenkelhals mit _____ Jahren
 Unterschenkel..... mit _____ Jahren
 Oberarm..... mit _____ Jahren
 Unterarm mit _____ Jahren
 anderer Knochen: _____ mit _____ Jahren

Wodurch kam es zu diesem Knochenbruch (bzw. Knochenbrüchen)?

- ohne besondere Ursache, im Alltagsleben (z.B. beim Heben, Tragen, Laufen, Ausrutschen, Stolpern u.ä.)
 durch schweren Sturz, z.B. durch Sturz von der Leiter, vom Stuhl, auf der Treppe, vom Baum..
 durch einen Unfall, z.B. Verkehrsunfall

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja: welche?

Mit der Erfassung dieser Daten in der Praxisdokumentation bin ich einverstanden

Datum: _____ Unterschrift: _____