

Fragebogen Osteoporose für Neupatienten



Name

Geb. Datum Körpergröße cm Gewicht kg

Telefonnummer

Nur für Frauen:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Alter bei Eintritt in die Menopause (letzte Regelblutung)

Sind Sie schwanger? ja nein

Ist eine Gebärmutter- oder Eierstockentfernung erfolgt? ja nein

Nehmen Sie weibliche Geschlechtshormone ein? ja nein

Leiden Sie an Brustkrebs? ja nein

Wenn Sie Brustkrebs haben, werden Sie mit antihormonellen Medikamenten behandelt (Tamoxifen, Letrozol etc.)? ja nein

Nur für Männer:

Leiden Sie an Prostatakrebs? ja nein

Wenn ja, nehmen Sie antihormonelle Medikamente ein? ja nein

Allgemeines:

Wurde Ihnen in den letzten 7 Tagen Röntgenkontrastmittel zum Trinken gegeben (jodhaltig 72 h/ bariumhaltig 1 Woche) ja nein

Hatten Sie eine Operation im Bereich der Lendenwirbelsäule? ja nein

Hatten Sie eine Operation im Bereich der Hüftgelenke?
rechts links bds. ja nein

Gab es bereits Knochenbrüche ohne Grund? ja nein

Wenn ja- welcher Knochen

Wieviele Wirbelkörper? 1 2 <3

Gab es bei Ihrer Mutter oder Vater einen Oberschenkelhalsbruch? ja nein

Rauchen Sie aktuell > 10 Zigaretten pro Tag?	ja	nein
Trinken Sie täglich mehr als 3 Gläser Alkohol?	ja	nein
Haben Sie eine chronisch-entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma)?	ja	nein
Nehmen Sie Cortison (Prednisolon) ein?	ja	nein
Ist bei Ihnen bereits eine Osteoporose bekannt?	ja	nein
Erfolgte bereits eine Knochendichtemessung? Wann?	ja	nein
Nehmen Sie Vitamin D regelmäßig?	ja	nein
Nehmen Sie eines der folgenden Osteoporosemedikamente regelmäßig ein? (Alendron, Risedron, Actonel, Fosamax, Ibandronsäure, Bonviva alle 3 Monate i.v., Aclasta 1 x jährlich i.v., Prolia (Densosumab) alle 6 Monate s.c., Evenity (Romosozumab) alle 4 Wochen s.c., Forsteo (Teriparatid) 1 x täglich s.c.)	ja	nein
Wieviel haben Sie an Körpergröße abgenommen?		cm
Sind Sie im letzten Jahr gestürzt?	ja	nein
Sind Sie auf eine Gehhilfe oder Rollator angewiesen?	ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Pantoprazol, Omeprazol oder Esomeprazol?	ja	nein
Sind Sie Diabetiker? Typ I	ja	nein
Typ II	ja	nein
Haben Sie eine Epilepsie mit Therapie?	ja	nein
Leiden Sie an einer Herzschwäche?	ja	nein
Haben Sie eine Chronische Bronchitis (COPD)?	ja	nein
Ist bei Ihnen eine Demenz oder Morbus Parkinson bekannt?	ja	nein
Hatten Sie einen Schlaganfall?	ja	nein
Leiden Sie an einer Multiplen Sklerose?	ja	nein
Nehmen Sie Antidepressiva?	ja	nein
Haben Sie eine eingeschränkte Nierenfunktion?	ja	nein
Haben Sie eine eingeschränkte Leberfunktion?	ja	nein
Erfolgte eine Magen-Darm-Operation?	ja	nein

Datum, Unterschrift

