

Fragen an Patienten zum Osteoporose – Risiko Dr. Limbrock

Vorname / Name	Geb.datum	Geschlecht W M	Datum
Körpergr.: _____cm alte Körpergr.: _____cm Gewicht : _____KG BMI _____			
1) Schmerzen und Beschwerden		ja	nein
Haben Sie Rückenschmerzen beim Heben, Tragen, beim langen Stehen, Laufen oder Sitzen?			
2) familiäre Vorbelastung		ja	nein
a) hat/hatte Ihre Großmutter, Mutter oder Schwester eine Osteoporose, einen Rundrücken, einen Unterarm- oder Schenkelhalsfraktur?			
b) hat/hatte Ihre Großmutter, Mutter, Schwester Brustkrebs?			
c) Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit?			
3) Regelblutung bei Frauen		ja	nein
erste Blutung mit Jahren, letzte Blutung mit Jahren Ist die Regelblutung über längere Zeit ausgeblieben?			
-- z. B. bei einer Essstörung (Anorexie, Bulimie),			
-- oder aber nach der Geburt in der Stillzeit Über welchen Zeitraum wann			
Ist eine Gebärmutter- oder Eierstockentfernung vorgenommen worden? _ Gebärmutter _ Eierstock einseitig _ Eierstock bds			
Zahl der Geburten : ____ Stillzeit insgesamt ca. ____ Monate			
Hatten Sie selber Brustkrebs?			
Ist es bei Ihnen oder in Ihrer Familie (Eltern oder Geschwister) bereits zu einer Thrombose gekommen?			
Haben Sie jetzt noch Hitzewallungen?			

4) Körperliche Aktivitäten		ja	nein
Gehen Sie täglich länger als eine Stunde spazieren oder wandern, einkaufen, Radfahren, Gartenarbeiten verrichten?			
Betreiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja ____ mal die Woche			
Jetziger Beruf bzw. häusliche Tätigkeit: _ vorrangig sitzende Tätigkeit _ zeitweilig mit körperlicher Betätigung verbunden _ vorwiegend körperliche Tätigkeit			
5) Ernährung		ja	nein
Trinken Sie regelmäßig Milch			
Softdrinks			
Coca Cola			
2 Gläser alkoholische Getränke / Tag			
Essen Sie regelmäßig Käse			
Joghurt			
6) Genussmittel		ja	nein
Rauchen Sie? _ > 1 Schachtel _ < 1 Schachtel			
Raucht Ihr Lebenspartner?			
7) Medikamente		ja	nein
Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate ein, z.B. wegen einer Allergie, Asthma, Rheuma? (z.B. Prednison, Cortison, Dexamethason) über welchen Zeitraum: wann: welches Medikament: Dosierung:			
Frauen		ja	nein
Nehmen Sie Hormonpräparate ein? Hormontabletten			
Hormonpflaster			
Männer		ja	nein
Hat sich Ihre Potenz geändert?			

8) Weitere Fragen	ja	nein
Haben Sie eine Schilddrüsenfehlfunktion? (Unter- oder Überfunktion)		
Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? welche: über welchen Zeitraum: wann:		
Welche Medikamente nehmen Sie momentan regelmäßig ein?		
Leiden Sie unter weiteren wichtigen Erkrankungen? - Tumorleiden		
- Zustand nach Organtransplantation		
- entzündliche Darmerkrankung		
- chronische Lebererkrankung		
- chronische Lungenerkrankung		
- chronische Magenerkrankung		
- chronische Nierenerkrankungen		
- chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankung		
- Diabetes mellitus		
Wurden Sie an der Hüfte oder WS operiert?		
Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporose festgestellt oder eine Osteoporosemessung durchgeführt?		
Was war Ihr höchstes Gewicht? Haben Sie in den letzten 2 Jahren an Gewicht abgenommen?	_____ kg, im Alter von _____ Ja, wie viel _____ kg Nein	

9) Sturzrisiko	ja	nein
Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt?		
Leiden Sie an Bluthochdruck?		
Leiden Sie an Schwindel?		
Hatten Sie einen Schlaganfall?		
Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein?		
Sehen Sie schlecht? (z.B. starke Brille, Stabsehen, einäugig, ...)		
Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt? Sind Sie gehbehindert? Benutzen Sie eine Gehhilfe?		
10) Knochenbrüche	ja	nein
Hatten Sie seit dem 50. Lebensjahr einen Knochenbruch? Wenn ja, welchen: (zutreffendes bitte ankreuzen) _ Unterarm _ Oberarm _ Rippen _ Oberschenkelhals _ Wirbelkörper _ andere Knochen: welche		
Hatten Sie sich im letzten Jahr einen Knochen gebrochen? Wenn ja, welchen: (zutreffendes bitte ankreuzen) _ Unterarm _ Oberarm _ Rippen _ Oberschenkelhals _ Wirbelkörper _ andere Knochen: welche		
Wodurch trat dieser Knochenbruch auf? im Alltagsleben (z.B. beim Heben, tragen, Laufen, bei Lagewechsel, Ausrutschen, Stolpern u.ä.) durch Sturz (z.B. von der Leiter, vom Stuhl, auf der Treppe)		

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin/ nicht damit einverstanden bin*, dass meine Daten anonym zu statistischen Zwecken verwendet werden. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Unterschrift Patient

* Bitte Nichtzutreffendes durchstreichen!