



Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin,**

Ihr aktuelles Risiko, einen Knochenbruch wegen Osteoporose zu erleiden, hängt von der Knochendichte ab, aber auch von anderen Faktoren, die wir mit diesem Fragebogen erfassen. Wir bitten Sie, diese Fragen so gut wie möglich zu beantworten, auch wenn Sie das vor 2-3 Jahren evtl. schon einmal gemacht haben. Es könnte sich ja etwas geändert haben. Diese Angaben unterliegen dem Arztgeheimnis und werden Ihrer Ärztin/ ihrem Arzt im Rahmen eines Berichtes mit den Knochendichte- Messresultaten und den Behandlungsempfehlungen zugestellt.

**1. Osteoporose in der Familie**

Leidet jemand in der Familie an Osteoporose?

- Ja, sicher                       möglich                       Nein
- Mutter                               Vater                               Schwester                       Bruder                       andere: \_\_\_\_\_

Hat Ihre Mutter / Ihr Vater einen Hüftknochenbruch oder einen Wirbelbruch erlitten?

Mutter:  Ja  Nein                      Vater:  Ja  Nein

**2. Haben Sie Knochenbrüche erlitten?**

Ja                       Nein

Wenn Ja:

Datum / Unfallart:

- Handgelenksbruch                       rechts                       links
- Oberarmbruch                               rechts                       links
- Wirbelbruch                                      Welche?
- Rippenbruch                                       rechts                       links
- Beckenbruch                                       rechts                       links
- Hüftbruch     rechts                       links
- Beinbruch     rechts                       links
- Knöchel-/ Fussbruch                       rechts                       links

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Sexualhormone**

Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_

Erste Periodenblutung mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Periodenblutungen:  regelmässig                       unregelmässig                       lange Zeit keine

Letzte Periodenblutung (Menopause) im Alter von: \_\_\_\_\_ Jahren

Hormone vor der Menopause von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Präparat: \_\_\_\_\_

Hormonbehandlungen nach der Menopause:                       Ja                       Nein

Falls Ja: Präparat: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**4. Körpergrösse und Ernährung**

Als junge Erwachsene: Körpergrösse: \_\_\_\_\_ cm                      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Litten Sie früher an Untergewicht / Magersucht?                       Ja                       Nein

Falls Ja: von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**5. Anzahl Stürze im letzten Jahr:**

Keine                       total \_\_\_\_\_ Stürze



## **6. Calcium- und Vitamin D- Versorgung**

### **Milch-Konsum:**

- Ich leide an einer Milchunverträglichkeit.  Ich trinke keine Milch, bzw. nur im Kaffee.  
 Milch: \_\_\_\_\_ Anzahl dl/ Tag  Joghurt / Quark: \_\_\_\_\_ Anzahl Becher (180gr) pro Woche

### **Calciumhaltige Kost:**

- Ich esse Käse: \_\_\_\_\_ Portionen pro Woche (Portion 30g -60g)

### **Mineralwasserkonsum:**

- Ich trinke nur Leitungswasser / Tee / selbstgemachtes Mineralwasser.  
 Ich trinke Mineralwasser: \_\_\_\_\_ Liter pro Tag Marke: \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie **Calciumtabletten** ein?  Nein  Ja, Medikament: \_\_\_\_\_ x / Tag  
 Nehmen Sie **Vitamin D3**?  Nein  Ja, Medikament: \_\_\_\_\_

## **7. Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? (mit Effekt auf die Knochen)**

- Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenenerkrankung? \_\_\_\_\_  
 Nierenerkrankung? \_\_\_\_\_  Nierensteine? Welche: \_\_\_\_\_  
 Darmerkrankungen (M.Crohn, Colitis Ulcerosa, Zöliakie/ Sprue, Magenbypass): \_\_\_\_\_  
 Rheumatische Erkrankungen? \_\_\_\_\_  
 Krebserkrankungen? \_\_\_\_\_  
 Therapie:  Strahlentherapie  Chemotherapie  Hormontherapie  
 Hatten Sie eine Organtransplantation? \_\_\_\_\_  
 Leiden Sie an einem Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Medikamente: \_\_\_\_\_  
 HIV-Infektion? Medikamente: \_\_\_\_\_  
 Rauchen Sie ? Falls Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_  
 Trinken Sie täglich Alkohol? Falls Ja: Wein: \_\_\_\_\_dl Bier: \_\_\_\_\_dl gebranntes Wasser: \_\_\_\_\_ dl

## **8. Haben Sie jemals folgende Medikamente eingenommen?**

- |   |                       |                     |            |
|---|-----------------------|---------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Kortison                             | Name/Dosis: _____     | von: _____          | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie-Tabl.                      | Name/Dosis: _____     | von: _____          | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen Tabl.                   | Name/Dosis: _____     | von: _____          | bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fosamax/ Alendron/ Actonel/ Bonviva  | von: _____ bis: _____ |                     |            |
| <input type="checkbox"/> Bonviva/ Ibandronat (3-Mts-Spritze)  | von: _____ bis: _____ | letztmals am: _____ |            |
| <input type="checkbox"/> Aclasta/ Zoledronat- Jahres-Infusion | von: _____ bis: _____ | letztmals am: _____ |            |
| <input type="checkbox"/> Prolia Spritzen                      | von: _____ bis: _____ | letztmals am: _____ |            |
| <input type="checkbox"/> Evista/ Livial/ Tibolon              | von: _____ bis: _____ | letztmals am: _____ |            |
| <input type="checkbox"/> Forsteo Spritzen                     | von: _____ bis: _____ | letztmals am: _____ |            |
| <input type="checkbox"/> Evenity Monatsspritzen               | von: _____ bis: _____ | letztmals am: _____ |            |
| <input type="checkbox"/> Tamoxifen/ Arimidex/ Anstrazol usw.  | von: _____ bis: _____ |                     |            |
| <input type="checkbox"/> Andere Medikamente:                  | _____                 | von: _____          | bis: _____ |

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_