



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:** _____