

Fragebogen Osteoporose - Risikofaktoren



Name: _____ Datum: _____

1. Besteht eine familiäre Osteoporose - Belastung?

Hat bzw. hatte Ihr Vater oder Ihre Mutter Osteoporose? ja nein

3. Haben Sie jemals während Ihres Erwachsenenlebens einen Knochenbruch (Fraktur) erlitten?

ja nein

Wenn ja: Ober- oder Unterarm - Fraktur ja nein

Oberschenkel , Becken - Fraktur ja nein

Wirbelkörper - Fraktur ja nein

Rippen, Fussknochen, Sprunggelenk, Finger ja nein

4. Stürzen Sie häufig (mehr als einmal im letzten Jahr) ja nein

5. Hat Ihre Körpergröße um mehr als 3 cm abgenommen? ja nein

6. Wurden Sie länger als 3 Monate mit Glucocorticoiden (Kortison, Prednison, etc.) behandelt? ja nein

8. Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

• chronische Polyarthritis (rheum.Arthritis) ja nein

• Typ 1 Diabetes mellitus ja nein

• Unterfunktion der Hirnanhangsdrüse ja nein

• Überfunktion der Schilddrüse/Nebenschilddrüse ja nein

Für Frauen:

10. Trat die Menopause vor dem Alter von 45 Jahren ein? ja nein

11. Hat Ihre Menstruation jemals länger als 12 Monate ausgesetzt (außer infolge einer Schwangerschaft oder einer operativen Entfernung der Gebärmutter)? ja nein

Rückseite auch ausfüllen

Für Männer:

- 13.** Litten Sie jemals an Impotenz, fehlender Libido (Geschlechtstrieb) oder anderen Zeichen eines niedrigen Testosteronspiegels? ja nein

Beeinflussbare Faktoren – Lebensstil

- 14.** Trinken Sie regelmäßig größere Mengen Alkohol? ja nein
- 15.** Rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie jemals Zigaretten geraucht? ja nein
- 16.** Beträgt Ihr tägliches Maß an körperlicher Bewegung weniger als 30 Minuten (Hausarbeit, Gartenarbeit, Spazieren, Joggen etc.)? ja nein
- 17.** Meiden Sie Milch oder Milchprodukte oder sind Sie allergisch dagegen? ja nein
- 18.** Verbringen Sie täglich weniger als 10 Min. im Freien? ja nein

Summe ja´s _____

Summe nein´s _____

Kopie von in der Vergangenheit durchgeführten Knochendichtemessungen (DXA) möglichst im Original oder als Kopie des Messprotokolls anhängen