

OSTEOPOROSE FRAGEBOGEN

Name / Vorname.....Geburtsdatum.....

Größe (Angaben im Personalausweis).....

Unfreiwillige Gewichtsveränderung? Wenn ja, wieviel kg..... ja nein

Stürzen sie häufiger? ja nein

Bei der Mutter oder Großmutter Osteoporose bekannt? ja nein

Frakturen in der Vorgeschichte? Wenn ja, wo?..... ja nein

Vor-OPs im Bereich der **LWS** oder den **Hüftgelenken**:.....

Für Frauen:

Zeitpunkt der letzten Blutung zwischen:

30-40 Jahren _____ oder 40-50 Jahren _____ oder 50-60 Jahren _____

Wurden vor dem 45. Lebensjahr die Eierstöcke operativ entfernt? ja nein

Hormonbehandlung, Wechseljahrsbeschwerden? ja nein

Vorerkrankungen

Schilddrüsenfunktionsstörungen? ja nein

Epilepsie/Depressionen? ja nein

Insulinpflichtiger !!! Diabetes mellitus ja nein

Rheumatoide Arthritis? ja nein

Tumor-Erkrankungen? Wenn ja, welche und wann..... ja nein

Autoimmunerkrankung? Wenn ja, welche..... ja nein

Morbus Bechterew (Erkrankung der WS-Gelenke) ja nein

Herz- oder Niereninsuffizienz? ja nein

Kortisontherapie? Wenn ja, wie viele mg Kortison/ Tag?..... ja nein

Antiepileptika/Antidepressiva? ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele pro Tag?..... ja nein

Ich bin damit einverstanden, zur Osteoporose-Nachsorge schriftl./tel. benachrichtigt zu werden:

Ja nein

Untersuchung findet mit einer minimalen Strahlenbelastung (Röntgenstrahlen) statt.

Datum.....

Unterschrift:.....