

Liebe Patientin, lieber Patient

Gerne stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem Osteoporose-Risiko.

Dieser Fragebogen erleichtert zusammen mit der Knochendichtemessung - welche bei Ihnen geplant ist - die Beurteilung. Damit können wir Ihnen und Ihrem Hausarzt konkrete Empfehlungen machen.

**1. Haben Mutter oder Vater jemals einen Knochenbruch an der Hüfte erlitten?  
(Oberschenkelhalsbruch)**  Ja  Nein

**2. Haben Sie sich schon einmal einen Knochen gebrochen?**  Ja  Nein

- Wirbel / Wirbelsäule      welches Jahr? ..... Unfallhergang .....
- Hüfte / Oberschenkel      welches Jahr? ..... Unfallhergang .....
- Vorderarm                    welches Jahr? ..... Unfallhergang .....
- Oberarm                      welches Jahr? ..... Unfallhergang .....
- andere .....                welches Jahr? ..... Unfallhergang .....

**3. Wie oft sind Sie im letzten Jahr gestürzt?** ..... mal

**4. Werden oder wurden Sie bereits wegen Osteoporose behandelt?**

- Ja, womit? ..... In welcher Zeit? .....
- Nein

**5. Werden oder wurden Sie mit folgenden Medikamenten behandelt?**

Prednison, Spiricort, Calcort, andere Kortison-Tabletten?  Ja  Nein  
von ..... bis .....

Therapie bei Epilepsie: .....  Ja  Nein

**6. Welche Medikamente oder Spritzen bekommen Sie aktuell?  
(Name und Dosierung der einzelnen Medikamente?)**

.....  
.....  
.....

**7. Rauchen Sie täglich mehr als 10 Zigaretten?**  Ja  Nein

**8. Trinken Sie täglich 3 oder mehr Gläser Alkohol?**  Ja  Nein

**9. Bewegen Sie sich mindestens 3x20 Minuten/Woche?**  
(z.B. zügiges Spazieren, Gymnastik, etc.)  Ja  Nein

**10. Wie gross waren Sie früher?**  
(gemäss ID, Pass) ..... cm

**11. Welches war Ihr tiefstes Gewicht seit dem 18. Lebensjahr:** ..... kg

**12. Hatten Sie je eine Essstörung?**  Ja  Nein

**13. Leiden Sie an entzündlichem Gelenkrheuma?**  Ja  Nein

**bitte wenden**

**14. Wurde bei Ihnen einmal eine chronische Magendarm-Entzündung festgestellt?**

(z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Zöliakie): bitte unten angeben

**15. Liegt eine chronische Nierenfunktionsstörung vor?**

Ja  Nein

**16. Sind Sie organtransplantiert?**

Ja  Nein

**17. Haben Sie eine Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenüberfunktion**

Ja  Nein

**18. Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?**

Ja  Nein

**19. Für Frauen:**

Alter bei der ersten Periodenblutung? ..... Jahre

Alter bei der letzten Periodenblutung?..... Jahre

Haben Sie Hormone nach der Abänderung eingenommen?

Ja  Nein

(Tabletten, Pflaster, Gel, Spritzen, Zäpfchen) (wie lange, was?) .....

Wurde an Gebärmutter oder Eierstöcken operiert (was, wann?) .....

Periode blieb einmal länger als 6 Monate aus (ausser Schwangerschaft)?

Ja  Nein

**20. Kalziumzufuhr**

Wieviel Milch trinken Sie? ..... dl/Woche

Wie viel Joghurts essen Sie? ..... /Woche

Wie viel Hartkäse essen Sie? ..... g/Woche

Wie viel Weichkäse essen Sie? ..... g/Woche

Wie viel Leitungswasser / Tee trinken Sie? ..... dl/Tag

Wie viel Mineralwasser trinken Sie? ..... dl/Tag

Marke? .....

**Total Calcium über Medikation** ..... /Tag

**Total Calcium über Ernährung** (wird von uns berechnet) ..... /Tag

Besten Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen genommen haben.

Ihr Osteologie-Team

Datum: ..... Unterschrift: .....