

Risikofragebogen

Osteoporosezentrum
Hamburg | Neuer Wall

Hamburg, den

Sehr geehrter Patient,

Sie stellen sich in unserer Praxis zur Abklärung und/oder weiterführenden Therapie einer Osteoporose vor. Damit wir Ihr individuelles Risiko besser beurteilen können, bitten wir Sie, die Wartezeiten zu nutzen und diesen Fragebogen auszufüllen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Osteoporoseteam

NAME:

GEB. DATUM:

Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt:

Ja Nein

Seit wann ist sie bekannt:

Wurden Sie bisher gegen die Osteoporose behandelt?

Ja Nein

Wenn, ja womit? (Alendronat (z.B. Fosamax, Risedronat (z.B. Actonel), Raloxifen (Evista), Ibandronat (z.B. Bonviva), Zoledronat (z.B. Aclasta), Teriparatid (Forsteo), Strontiumranelat (Protelos), Denosumab (Prolia)

Erhalten Sie Calcium und/oder Vitamin D?
In welcher Dosis und wie lange?

Ja Nein

Haben Sie sich nach dem 40. Lebensjahr einen Knochen gebrochen, der nicht auf einen Autounfall zurückzuführen ist? (nicht Schädel, Finger)

Ja Nein

Welchen Knochen und wann?

Trinken Sie mehr als 3 Gläser Alkohol am Tag?

Ja Nein

Haben Sie jemals Zigaretten geraucht?

Ja Nein

Wenn ja,

Wie alt waren Sie, als Sie anfangen?

Wie viel Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt?

Haben Sie aufgehört zu rauchen und wann?

Nehmen oder nahmen Sie Cortison ein (mehr als 5mg in Tablettenform)?

Ja Nein

Leiden Sie an Rheumatoider Arthritis?

Ja Nein

Hatte einer Ihrer Eltern jemals eine Hüftfraktur?

Ja Nein



Haben Sie in der Vergangenheit stark Gewicht verloren?

Ja Nein

Wie viel Kilo haben Sie abgenommen?

Waren Sie schon einmal länger als 2 Monate ans Bett gefesselt?

Ja Nein

Wie alt waren Sie damals?

Wie groß waren Sie im Alter von 25 Jahren?

Wie häufig sind Sie im letzten Jahr gefallen?

Wie viel Zeit verbringen Sie täglich im Freien?

Keine
eine halbe bis eine Stunde

weniger als eine halbe Stunde
mehr als eine Stunde

Treiben Sie Sport?

Ja Nein

Wie häufig?

Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankung?

Wenn ja, an welcher

Wie häufig essen Sie üblicherweise folgende Milchprodukte:

Käse
Joghurt/Quark
Milch

an Tagen in der Woche
an Tagen in der Woche
an Tagen in der Woche

Wie viele Tassen koffeinhaltiger Getränke (Kaffee, Tee, Cola) trinken Sie täglich?

Haben Sie jemals folgende Medikamente erhalten?

Cortison (keine Creme, länger als 4 Wochen)
Marcumar/Heparin
Schilddrüsenhormone
Antiepileptika (Mittel gegen epileptische Krämpfe)
Testosteron
Testosteron Blocker (zur Behandlung des Prostata Krebses)
Blutdruck senkende Medikamente
Schlafmittel
Protonenpumpenhemmer (Säureblocker)

Ja Nein
Ja Nein



Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

Überfunktion der Schilddrüse

Überfunktion der Nebenschilddrüse

Nierensteine

Nierenerkrankungen im Endstadium

Darmerkrankungen, die mit Durchfällen einhergehen

Chron. Lebererkrankung

Testosteronmangel

Milchunverträglichkeit/Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Diabetes mellitus

Anorexie/Bulimie

Asthma oder Emphysem

Krebs

M. Bechterew

Herzinsuffizienz

Chron. Bronchitis

Sprue

Epilepsie

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!