

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der folgende Fragebogen soll helfen, die Gesundheit Ihrer Knochen einzuschätzen.

Nachname:		Vorname:	
Geschlecht:	Männlich: <input type="checkbox"/>	Weiblich: <input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum:		Alter:	
Größe:	cm	Gewicht:	kg
Hatten Sie <u>früher</u> eine andere Körpergröße?		Ja <input type="checkbox"/>	cm Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin erreichbar unter der Telefonnummer:			

- Leiden Sie an **Osteoporose**? Ja Nein Weiß nicht
- Haben oder hatten Sie schon einmal eine **Therapie** gegen Osteoporose? Ja Nein
Wenn ja, wann, welche und wie lange?
...
...
...
- Hatten Sie schon **Knochenbrüche**? Ja Nein
Wenn ja, welche und wann (Jahr)?
...
...
...
- Hatten Ihre Eltern einen **Oberschenkelhalsbruch**? Ja Nein Weiß nicht
- Ist in Ihrer **Familie** eine Osteoporose bekannt? Ja Nein Weiß nicht
Wenn ja, wer ist betroffen?
...
...
- Nehmen Sie derzeit **Medikamente** ein? Ja Nein
Wenn ja, seit wann, welche und wie viel pro Tag?
...
...
...
- Nehmen oder nahmen Sie länger als 3 Monate **Cortison** ein? Ja Nein
(ausgenommen Infiltrationen!)

8. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden **Krankheiten**:

- **Rheumatoide Arthritis**
(entzündliche Erkrankung der Gelenke) Ja Nein

- **Schilddrüsenerkrankungen** Ja Nein
Wenn ja, welche?
...

- **Chronische Lebererkrankungen** Ja Nein

- **Stoffwechselerkrankungen** (z.B. Diabetes) Ja Nein
Wenn ja, seit wann?
...
Spritzen Sie Insulin? Ja Nein

- **Andere Knochenerkrankungen** Ja Nein
Wenn ja, welche und seit wann?
...

- **Bösartige Erkrankungen** (Krebs) Ja Nein
Wenn ja, welche und seit wann?
...

Für Frauen: Haben Sie nach einer Brustkrebs-Operation eine antiöstrogene Therapie (z.B. Arimidex, Novaldex, etc.) erhalten? Ja Nein

- **Epilepsie** Ja Nein
Wenn ja, nehmen Sie hierfür spezifische Medikamente (Antiepileptika) ein und welche?
...

9. Leiden Sie unter **Durchfällen**? Ja Nein

10. Leiden Sie unter einer **Unverträglichkeit von Milchprodukten**? Ja Nein

11. Für **Frauen**: Mit welchem Alter hatten Sie die letzte Monatsblutung?
...

12. **Lebensgewohnheiten**:

- **Rauchen Sie?** Ja Nein
Wenn ja, was und wie viele pro Tag?
...

- **Trinken Sie Alkohol?** Ja Nein
Wenn ja, was und wie viel durchschnittlich pro Tag?
...

Ich bin mit der Erfassung der oben genannten Informationen einverstanden.

Datum:

Unterschrift: