PRIV.-DOZ. DR. CHRISTIAN MUSCHITZ	**Osteoporose Risikofragebogen**	RECURIO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der folgende Fragebogen soll helfen, die Gesundheit Ihrer Knochen einzuschätzen.

Nachname:	**Vorname:**
Geschlecht: **Männlich:** ☐	**Weiblich:** ☐
Geburtsdatum:	**Alter:**
Größe: **cm**	**Gewicht:** **kg**
Hatten Sie früher eine andere Körpergröße? Ja ☐ **cm** Nein ☐	
Ich bin erreichbar unter der Telefonnummer:	

1. Leiden Sie an **Osteoporose**? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐

2. Haben oder hatten Sie schon einmal eine **Therapie** gegen Osteoporose? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wann, welche und wie lange?
…
…
…

3. Hatten Sie schon **Knochenbrüche**? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche und wann (Jahr)?
…
…
…

4. Hatten Ihre Eltern einen **Oberschenkelhalsbruch**? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐

5. Ist in Ihrer **Familie** eine Osteoporose bekannt? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐
Wenn ja, wer ist betroffen?
…
…

6. Nehmen Sie derzeit **Medikamente** ein? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, seit wann, welche und wie viel pro Tag?
…
…
…

7. 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: