

Osteoporosetest

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten!

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, die für die Ermittlung Ihres Osteoporoserisikos wichtig sind. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht! - Vielen Dank. -



Dr. med.
MARTIN BÖHRINGER
Facharzt für Orthopädie

Chirotherapie • Sportmedizin • Akupunktur
Naturheilverfahren • Stoßwellen • Osteologie

Name: _____ Alter:

Jetzige Körpergröße cm Wieviele cm kleiner geworden cm Körpergewicht kg

Sind, oder waren Sie untergewichtig (BMI unter 20) ja nein

Hat, oder hatte jemand in Ihrer näheren Verwandtschaft Osteoporose? ja nein unbekannt

Wer _____ Schenkelhals-/Handgelenksbruch Wirbelkörperbruch Krummer Rücken

Sind Sie bei Verrichtung alltäglicher Arbeiten erheblich eingeschränkt? ja nein

Haben Sie Knochenschmerzen? ja nein

Wie häufig sind Sie in den vergangenen 12 Monaten spontan gestürzt? gar nicht 1 bis 5 mal über 5 mal

Nehmen Sie sturzbegünstigende Medikamente ein (z. B. Antidepressiva, Beruhigungsmittel)? ja nein

Haben Sie seit Ihrem 50. Lebensjahr bei einem Unfall einen Knochen gebrochen? ja nein

Schenkelhalsbruch Wirbelkörperbruch Handgelenksbruch Sonstige _____

Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporoseuntersuchung vorgenommen? ja nein unbekannt

per Röntgengerät (DXA) per Ultraschall (QUS) per Computertomographie (CT) Wann? _____

Wurde bei Ihnen eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt? ja nein unbekannt

Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Wann? _____

Erste Periode mit ____ Jahren, letzte Periode mit ____ Jahren. Haben Sie zur Zeit Hitzewallungen? ja nein

Nehmen oder nahmen Sie weibliche Geschlechtshormone gegen Wechseljahrsbeschwerden? ja nein, nie

Welches Medikament / Bezeichnung? _____ Wann? _____

Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate z. B. wg. Asthma, Allergien o. Rheuma ein? ja nein unbekannt

Welches Medikament? _____ Dosierung _____ mg Wann? _____

Waren, oder sind Sie von einer der folgenden Erkrankungen betroffen? Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

Zuckerstoffwechselstörung ja nein Medikamente _____

Diabetes ja nein Medikamente (Glitazone) _____

Schilddrüsenüber-/unterfunktion ja nein Medikamente _____

Magenentfernung / B-II-Operationen ja nein Medikamente _____

Gelenkrheumatismus (Rheumatoide Arthritis) ja nein Medikamente _____

Cushing-Syndrom ja nein Medikamente _____

Subklinischer Hyperkortisolismus ja nein Medikamente _____

Primärer Hyperparathyreoidismus ja nein Medikamente _____ Operation am: _____

Epilepsie ja nein Medikamente _____

Entzündliche Darmerkrankungen (Sprue, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) ja nein Medikamente _____

Wurde bei Ihnen Brustkrebs festgestellt? ja nein Wenn ja, Operation wann? _____

Haben Sie eine Chemotherapie erhalten? ja nein

Nehmen Sie Tamoxifen o. Aromatasehemmer? ja nein Wenn ja, welchen? _____

Tabak-Konsum pro Tag bis 5 5 bis 10 10 oder mehr Zigaretten nein, nie

Seit _____ bzw. über ca. ____ Jahre Exraucher/in seit? _____

Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit? ja nein unbekannt

Haben oder hatten Sie Nieren- oder Gallensteine?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Derzeit ausgeübter Beruf bzw. jetzige häusliche Tätigkeit _____

vorwiegend sitzende Tätigkeit mit zeitweiliger körperl. Betätigung vorwiegend körperliche Tätigkeit

Weitere Medikamente, die momentan regelmäßig eingenommen werden: _____