

# Osteoporosetest

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten!



Dr. med.  
**MARTIN BÖHRINGER**  
Facharzt für Orthopädie

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

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: \_\_\_\_\_