



Osteoporose – Risikofragebogen für Patienten (Seite 1)

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

der folgende Fragebogen soll helfen, Ihre Knochengesundheit zu ermitteln. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen, die zur Beurteilung Ihres Osteoporose-Risikos dienen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: **geb:**

Gewicht: **Größe:** **Broca-Index:** **Alter:** **Geschlecht:**

Haben Sie häufig Rückenschmerzen? Ja Nein
(beim Tragen oder Heben, beim längeren Stehen, Sitzen oder Laufen)

Sind die Rückenschmerzen neu / haben Sie sich akut verschlechtert? Ja Nein

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Fälle von Osteoporose? Ja Nein
(Hat/ Hatte Ihre Großmutter/Mutter/Schwester eine Osteoporose/ einen krummen Rücken/ einen Unterarm-
Wirbel- oder Schenkelhalsbruch? (Bitte zutreffendes unterstreichen))

Fragen zu Knochenbrüchen

Hatten Sie nach dem 40- Lebensjahr einen Knochenbruch ohne Unfall? Ja Nein

Wenn „Ja“, welchen und wann:

- Wirbelkörper.....mit ____ Jahren
- Rippe..... mit ____ Jahren
- Schenkelhals.....mit ____ Jahren
- Unterschenkel.....mit ____ Jahren
- Oberarm..... mit ____ Jahren
- Unterarm.....mit ____ Jahren
- Anderer Knochen.....mit ____ Jahren

Wodurch kam es zu diesem Knochenbruch (bzw. Knochenbrüchen)?

- ohne besondere Ursache, im Alltagsleben (z.B. beim Heben, Tragen, Laufen, Ausrutschen, Stolpern u. ä.)
- durch schweren Sturz z.B. durch Sturz von der Leiter, vom Stuhl, auf der Treppe, vom Baum, ...
- durch einen Unfall, z.B. Verkehrsunfall

Hat ihre Körpergröße um mehr als 4 cm abgenommen als mit 25 Jahren? Ja Nein
Größe im Pass: ____ cm; jetzige Größe: ____ cm

Haben Sie einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust festgestellt? Ja Nein
Gewicht vor 1 Jahr: ____ kg; jetziges Gewicht: ____ kg

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
Wenn ja, mehr als 1 Glas Wein oder Bier pro Tag? Ja Nein

Rauchen Sie regelmäßig? Ja Nein
Nehmen Sie die folgenden Medikamente regelmäßig oder immer wieder ein?

Kortison Ja Nein
Heparinspritzen oder Marcumar Ja Nein
Medikamente gegen Krampfleiden Ja Nein

Leiden Sie an einer der hier genannten Krankheiten?
Rheumatische Erkrankung Ja Nein
Asthma, chronische Bronchitis Ja Nein
Chronisch-entzündliche Darmerkrankung Ja Nein
Diabetes mellitus Ja Nein
Krampfleiden Ja Nein
Schilddrüsenfunktionsstörung Ja Nein

Haben Sie eine Abneigung oder Unverträglichkeit gegen Milch oder Milchprodukte?
(weniger als ½ Liter Milch täglich trinken; weniger als 2 Scheiben Käse täglich essen) Ja Nein

Wie aktiv sind Sie körperlich?
- Verlassen Sie (fast) täglich länger als 1 Stunde Ihre Wohnung zum
Einkaufen oder Wandern, Radfahren oder Gartenarbeiten u.a. Ja Nein
- Machen Sie Gymnastik, Sport u.a.m. Ja Nein
Wenn ja, wie oft pro Woche: _____

Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt?
- Sind Sie gehbehindert? Ja Nein
- Benutzen Sie eine Gehhilfe? Ja Nein
- Haben Sie Probleme mit den Füßen? Ja Nein

Fragen zu Ihrem Sturzrisiko:
- Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt? Ja Nein
- Leiden Sie an Schwindel? Ja Nein
- Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja Nein
- Nehmen Sie Schlaf- o. Beruhigungsmittel ein? Ja Nein
- Sehen Sie schlecht? (z.B. sehr starke Brille, Stabsehen, einäugig) Ja Nein

Fragen nur an Frauen:
Hatten Sie Ihre letzte Monatsblutung vor dem 45. Lebensjahr? Ja Nein
Oder wurden vor dem 45. Lebensjahr die Eierstöcke operativ entfernt? Ja Nein
Werden oder wurden Sie wegen Wechseljahresbeschwerden mit Hormonen behandelt? Ja Nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?
Wenn ja : welche _____

Anmerkungen: _____

Mit der Erfassung dieser Daten in der Praxisdokumentation bin ich einverstanden

Datum: _____ Unterschrift: _____