

Osteoporose-Fragebogen

Name / Vorname Geburtsdatum

Haben Sie akute Rückenschmerzen? ja nein

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Fälle von Osteoporose? ja nein

Hatten Sie nach dem 40. Lebensjahr einen Knochenbruch ohne Unfall? ja nein

Hat Ihre Körpergröße um mehr als 4 cm abgenommen als mit 25 Jahren?
Größe im Pass cm, jetzige Größe cm ja nein

Haben Sie einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust festgestellt?
Gewicht vor 1 Jahr kg, jetziges Gewicht kg ja nein

Haben Sie eine erhöhte Sturzneigung in letzter Zeit bemerkt? ja nein

Nehmen Sie folgende 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

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

Rauchen Sie regelmäßig? ja nein

Haben Sie eine Abneigung oder Unverträglichkeit gegen Milch oder Milchprodukte? ja nein

Haben Sie weniger als 1 Stunde Bewegung (Spaziergang, Radfahren usw.) täglich? 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

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen mit in die Praxis
oder schicken ihn vorab per Fax: 08 21-305 75

