

Erstfragebogen Osteoporose

Nummer: FO-14624

Osteoporose-Risikofragebogen für Patienten
anhand der Empfehlung des Dachverbandes der osteologischen Fachgesellschaften DVO

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,
die folgenden Fragen sollen helfen, Ihre Knochen-Gesundheit zu ermitteln. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen, die zur Beurteilung Ihres Osteoporose-Risikos dienen. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte kreuzen Sie nur an, was zutrifft.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. **Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt** Ja Nein Unbekannt
seit _____ Jahren

2. **Regelblutung bei Frauen**

a Wie alt waren Sie bei der 1. Regel? _____ Jahre

b Wie alt waren Sie bei der letzten Regelblutung _____ Jahre

3. **Gibt es Osteoporose in Ihrer Familie:** Ja Nein Unbekannt

Hat/Hatte Ihre Großmutter/Mutter/Schwester/
Bruder eine Osteoporose, einen krummen
Rücken/einen Unterarm-, Wirbel- oder
Schenkelhalsbruch? (Bitte zutreffendes unterstreichen)

4. **Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen:**

a an einer Schilddrüsenerkrankung, wegen der
Sie Tabletten einnehmen? Ja Nein Unbekannt

b an chronischem Durchfall? Ja Nein Unbekannt

an einem entzündlichen Gelenkrheumatismus? Ja Nein Unbekannt

c an einem Anfallsleiden / Epilepsie, nehmen Ja Nein Unbekannt

d Sie deswegen Tabletten? Ja Nein Unbekannt

5. **Medikamentenanamnese:**

Namen Sie über längere Zeit folgende
Medikamente ein:

- | | |
|--|--|
| Cortison <input type="checkbox"/> | Antiepileptika <input type="checkbox"/> |
| Schlafmittel <input type="checkbox"/> | Magenmedikament <input type="checkbox"/> |
| Marcumar/Sintrom <input type="checkbox"/> | Heparin <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenhormone <input type="checkbox"/> | Antirheumatika <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, wie lange?

Nahmen Sie bereits folgende Medikamente ein? Calcium Vitamin D

Calcitonin Bisphosphonat

Fluor Hormone

Wenn ja, wie lange?

6. **Haben Sie Rückenschmerzen?** Ja Nein

beim Tragen oder Heben

beim längeren Stehen

beim Sitzen

beim Laufen

Sind diese Rückenschmerzen neu,

haben sie sich akut verschlechtert?

Bitte beurteilen Sie diese Schmerzen auf einer Skala zwischen 1 - 10
(10 für nicht erträgliche Schmerzen und 1 leichte Schmerzen) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

