

# 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
- Schlafmittel
- Marcumar/Sintrom
- Schilddrüsenhormone
- Antiepileptika
- Magenmedikament
- Heparin
- Antirheumatika

Wenn ja, wie lange? .....

Nahmen Sie bereits folgende Medikamente ein? Calcium

Calcitonin

Fluor

Vitamin D

Bisphosphonat

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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(10 für nicht erträgliche Schmerzen und 1 leichte Schmerzen)

# Erstfragebogen Osteoporose

Nummer: FO-14624

## 7. – 9. Lebensgewohnheiten:

Zigarettenkonsum:	keinen <input type="checkbox"/>	unter 10 Zig. <input type="checkbox"/>	bis 20 Zig. <input type="checkbox"/>	über 20 Zig. <input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum:	keinen <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	bis 2/4 Wein <input type="checkbox"/>	über 2/4 Wein <input type="checkbox"/>
Diät:	keinen <input type="checkbox"/>	(fast) vegetarisch <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>
Milchkonsum:	keinen <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	bis 1/4 tgl. <input type="checkbox"/>	mehr <input type="checkbox"/>
Käse u. Joghurt:	Keinen <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	öfters <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>
Sport:	keinen <input type="checkbox"/>	fallweise <input type="checkbox"/>	regelmäßig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>
Immobilität:	nie <input type="checkbox"/>	1 Monat <input type="checkbox"/>	2 Monate <input type="checkbox"/>	mehr <input type="checkbox"/>

## 10. Ihre Körpergröße

a Was war Ihre max. Körpergröße?  \_ \_ \_ m

b Sind Sie in den letzten Jahren kleiner geworden? wie viel cm  etwa?

## 11. Ihr Körpergewicht

a Was war Ihr höchstes Gewicht? Im Alter von  \_\_\_\_\_ kg

b Haben Sie in den letzten 2 Jahren an Gewicht abgenommen? Ja  \_\_\_\_\_ kg Nein

## 12. Wie aktiv sind Sie körperlich?

a z. B. verlassen Sie (fast) täglich länger als 1 Stunde Ihre Wohnung zum Einkaufen oder Wandern, Radfahren, Gartenarbeit usw. Ja  Nein

b Machen Sie Gymnastik, Sport u.a.m.? Wie oft / Woche: Ja  Nein

## 13. Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt?

a Sind sie gehbehindert? Ja  Nein

b Benutzen Sie eine Gehhilfe? Ja  Nein

c Haben Sie Probleme mit Ihren Füßen? Ja  Nein

## 14. Fragen zu Ihrem Sturzrisiko

a Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt? Ja  Nein

b Leiden Sie an Bluthochdruck? Ja  Nein

c Leiden Sie an Schwindel? Ja  Nein

d Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja  Nein

e Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? Ja  Nein

f Sehen Sie schlecht? Z.B. sehr starke Brille, Stabsehen, einäugig Ja  Nein

## 15. Fragen zu Knochenbrüchen

a Hatten Sie seit dem 50. Lebensjahr einen Knochenbruch? Ja  Nein

Wenn ja, welchen und wann

Schenkelhals	mit.....Jahren
Wirbelkörper	mit.....Jahren
Unterarm	mit..... Jahren
Oberarm	mit .....Jahren
Rippe	mit .....Jahren
Unterschenkel	mit .....Jahren

b Wodurch trat dieser Knochenbruch auf?  
im Alltagsleben (z.B. beim Heben, Tragen, Laufen, beim Lagewechsel Ausrutschen, Stolpern u. ä) ..... ohne besondere Ursache

durch Sturz z.B. von der Leiter, vom Stuhl, auf der Treppe, vom Baum ..... durch schweren Sturz

durch Unfall (z. B. Verkehrsunfall) ..... durch einen Unfall

**Mit der Erfassung dieser Daten in der Ambulanzdokumentation bin ich einverstanden:**

**Datum und Unterschrift:** \_\_\_\_\_