 

Osteologisches Schwerpunktzentrum DVO

Praxis für Orthopädie

Dr. med. T. König

Sportmedizin \* Chirotherapie \* Physikalische Therapie \* Osteologe DVO

 **Risiko-Fragebogen Osteoporose**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten uns so gut wie nur möglich auf Ihre Osteoporose-Untersuchung vorbereiten. Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie mit, die Ursachen und Behandlungsnotwendigkeit Ihrer Osteoporose schneller und sicher zu finden. Für Ihre Hilfe danke ich Ihnen. (\*)

Name: ……………………….. Vorname: ……………………..… geboren ………………………

Ich verlasse (fast) täglich meine Wohnung für ungefähr 1 Stunde und versorge meinen Haushalt weitgehend allein**.** …………………………………………………… **JA NEIN**

Ich bin im letzten Jahr mehr als einmal gestürzt. ……………………………………….. **JA NEIN**

Ich nehme fast täglich Beruhigungsmittel- und/oder Schlafmittel ein. …………………. **JA NEIN**

Ich gehe in die Sonne und werde im Sommer braun. ……………………………………**JA NEIN**

Ich hatte Knochenbrüche nach meinem 50. Lebensjahr. Arm / Wirbel / Oberschenkel /Andere ………………………………………………….. **JA NEIN**

Meine Mutter / Vater hatte einen Oberschenkelhalsbruch. ………………………………**JA NEIN**

Ich bin / war Raucher. Ich habe aufgehört seit: ………………………………………… **JA NEIN**

Ich habe stark abgenommen. Mein BMI ist kleiner als 20………………………………..**JA NEIN**

Ich nehme Cortison-Präparate ein. Dosis ………………………………………………... **JA NEIN**

Ich nehme wegen einer Depression Tabletten ein………………………………………  **JA NEIN**

Ich habe Rheuma /Asthma /Darmerkrankung /Schuppenflechte /Diabetes/Herzinfarkt …**JA NEIN**

Ich leide an Epilepsie /M. Parkinson /Herzinsuffizienz /Niereninsuffizienz/Apoplex…... **JA NEIN**

Hormonbehandlung wegen Brustkrebs (Aromatasehemmer) ……………………………**JA NEIN**

Hormonbehandlung wegen Prostatakrebs (Antiandrogene) ……………………………. **JA NEIN**

Ich nehme schon längere Zeit Tabletten gegen Sodbrennen / Magensäure (PPI) ………. **JA NEIN**

Ich bin am Magen / Darm operiert (Resektion) …………………………………………. **JA NEIN**

Ich nehme Tabletten für Schilddrüse/Cholesterin/Blutverdünnung ein. ……………… **JA NEIN**

Ich habe eine Glutenallergie / Zöliakie /Sprue. …………………………………………. **JA NEIN**

Ich trinke täglich Milch und esse Käse. Ich achte auf meine Kalziumzufuhr. Bitte nutzen Sie dafür auch **unseren Calcium-Rechner**. ……………………………………………………… **JA NEIN**

\* (Bitte Zutreffendes ankreuzen und / oder ergänzen! Danke.)