



FRAGEBOGEN zum OSTEOPOROSE - RISIKO

**Wir bitten Sie, diesen Fragebogen
ausgefüllt zu Ihrem Termin im
OsteoporoseZentrum mitzubringen.**

Vielen Dank!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

1	<p>Hatten Sie in Ihrem Leben jemals einen Knochenbruch? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Wirbel/Wirbelsäule Alter Unfallhergang:</p> <p><input type="checkbox"/> Vorderarm Alter Unfallhergang:</p> <p><input type="checkbox"/> Hüfte Alter Unfallhergang:</p> <p><input type="checkbox"/> Alter Unfallhergang:</p> <p><input type="checkbox"/> Alter Unfallhergang:</p> <p><input type="checkbox"/> Alter Unfallhergang:</p>	
2	<p>Erlitten Mutter oder Vater jemals einen Knochenbruch an der Hüfte? <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Oberschenkelhalsbruch)</p>	
3	<p>Rauchen Sie mehr als 10 Zigaretten pro Tag? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	
4	<p>Trinken Sie täglich 3 oder mehr Gläser Alkohol? (Wein, Bier, Schnaps, etc.) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	
5	<p>Nahmen Sie jemals länger als 3 Monate Cortison-Präparate ein? <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Falls aktuell: Name und Dosierung des Medikaments:</p> <p>Falls früher: ca. von bis</p>	
6	<p>Leiden Sie an Rheumatoider Arthritis (RA, chronische Polyarthritis, pcP)? <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Medikamente:.....</p>	
7	<p>Bitte geben Sie alle anderen Medikamente an, die Sie aktuell zusätzlich einnehmen oder gespritzt bekommen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?</p> <p>Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>8 Chron. Darmerkrankung (Crohn, Colitis ulcerosa) <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Epilepsie <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Sind Sie organtransplantiert? <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Glasknochenkrankheit <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p><u>Für Frauen:</u></p>		
9	<p>In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung? Jahre</p>	
10	<p>Haben Sie immer noch Regelblutungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Falls <u>nein</u>: in welchem Alter hatten Sie die letzte Regelblutung? Jahre</p> <p>Falls <u>ja</u>: traten einmal Blutungspausen von mehr als 6 Monaten auf? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	