

## Fragebogen – Osteoporose

Name/Vorname/Geburtsdatum des Patienten/in \_\_\_\_\_

Liebe Patientinnen und Patienten,  
bitte beantworten Sie folgende Fragen. Sie sind für die Ermittlung Ihres Osteoporoserisikos wichtig.  
Alle Informationen werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Jetzige Körpergröße \_\_\_\_\_ cm, im Pass eingetragene Größe \_\_\_\_\_ cm

Jetziges Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Bestand jemals Über- oder Untergewicht:  ja  nein  
wenn ja, etwa wie viel \_\_\_\_\_ kg

Hat jemand in Ihrer Familie einen Oberschenkelhalsbruch oder Osteoporose?  ja  nein

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie oder haben Sie früher cortisonhaltige Medikamente eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, welche und wie lange? \_\_\_\_\_

Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt?

keinmal  1-5 mal  > 5 mal

Haben Sie sich nach Ihrem 50. Lebensjahr einen Knochen gebrochen?  ja  nein

Haben Sie Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule?  ja  nein

Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? Zigarettenanzahl \_\_\_\_\_ pro Tag

Essen Sie täglich  ja  nein

-Milchprodukte?

-Gemüse und Obst?

-Fleisch?

ja  nein

ja  nein

ja  nein

Treiben Sie regelmäßig Sport?  ja  nein  
wenn ja, wie oft \_\_\_\_\_/Woche

Wurden Sie schon mal an der Hüfte oder Wirbelsäule operiert?  ja  nein

### NUR FÜR FRAUEN

Meine erste Periode war mit \_\_\_\_\_ Jahren. Meine letzte Periode war mit \_\_\_\_\_ Jahren

Gab es Zeiten, ohne regelmäßigen Zyklus?  ja  nein  
wenn ja, \_\_\_\_\_ Jahre

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  ja  nein

Nehmen Sie eine Hormonersatztherapie ein?  ja  nein

Leiden Sie an Brustkrebs?  ja  nein

wenn ja, nehmen Sie Tamoxifen oder Aromatasehemmer ein?  ja  nein

wenn ja, welches Präparat? \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_