



Liebe Patientin, lieber Patient

Gerne stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem Osteoporose-Risiko.

Dieser Fragebogen erleichtert zusammen mit der Knochendichtemessung - welche bei Ihnen geplant ist - die Beurteilung. Damit können wir Ihnen und Ihrem Hausarzt konkrete Empfehlungen machen.

**1. Haben Mutter oder Vater jemals einen Knochenbruch an der Hüfte erlitten?  
(Oberschenkelhalsbruch)**

Ja  Nein

**2. Haben Sie sich schon einmal einen Knochen gebrochen?**

Ja  Nein

- |   |                     |                     |
|---|---------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Wirbel / Wirbelsäule | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |
| <input type="checkbox"/> Hüfte / Oberschenkel | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |
| <input type="checkbox"/> Vorderarm            | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |
| <input type="checkbox"/> Oberarm              | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |
| <input type="checkbox"/> andere .....         | welches Jahr? ..... | Unfallhergang ..... |

**3. Wie oft sind Sie im letzten Jahr gestürzt?** ..... mal

**4. Werden oder wurden Sie bereits wegen Osteoporose behandelt?**

- Ja, womit? ..... In welcher Zeit? .....
- Nein

**5. Werden oder wurden Sie mit folgenden Medikamenten behandelt?**

Prednison, Spiricort, Calcort, andere Kortison-Tabletten?  Ja  Nein  
von ..... bis .....

Therapie bei Epilepsie: .....  Ja  Nein

**6. Welche Medikamente oder Spritzen bekommen Sie aktuell?  
(Name und Dosierung der einzelnen Medikamente?)**

.....  
.....  
.....

**7. Rauchen Sie täglich mehr als 10 Zigaretten?**

Ja  Nein

**8. Trinken Sie täglich 3 oder mehr Gläser Alkohol?**

Ja  Nein

**9. Bewegen Sie sich mindestens 3x 20 Minuten/Woche?  
(z.B. zügiges Spazieren, Gymnastik, etc.)**

Ja  Nein

**10. Wie gross waren Sie früher?  
(gemäss ID, Pass)**

..... cm

**11. Welches war Ihr tiefstes Gewicht seit dem 18. Lebensjahr:**

..... kg

12. Hatten Sie je eine Essstörung?  Ja  Nein
13. Leiden Sie an entzündlichem Gelenkrheuma?  Ja  Nein
14. Wurde bei Ihnen einmal eine chronische Magendarm-Entzündung festgestellt?  
(z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Zöliakie)  Ja  Nein
15. Liegt eine chronische Nierenfunktionsstörung vor?  Ja  Nein
16. Sind Sie organtransplantiert?  Ja  Nein
17. Haben Sie eine Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenüberfunktion  Ja  Nein
18. Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?  Ja  Nein

**19. Für Frauen:**

Alter bei der ersten Periodenblutung?..... Jahre

Alter bei der letzten Periodenblutung? ..... Jahre

Haben Sie Hormone nach der Abänderung eingenommen?  Ja  Nein

(Tabletten, Pflaster, Gel, Spritzen, Zäpfchen) (wie lange, was?) .....

Wurde an Gebärmutter oder Eierstöcken operiert (was, wann?) .....

Periode blieb einmal länger als 6 Monate aus (ausser Schwangerschaft)?  Ja  Nein

**20. Kalziumzufuhr**

Wieviel Milch trinken Sie? ..... dl/Woche

Wie viel Joghurts essen Sie? ..... /Woche

Wie viel Hartkäse essen Sie? ..... g/Woche

Wie viel Weichkäse essen Sie? ..... g/Woche

Wie viel Leitungswasser / Tee trinken Sie? ..... dl/Tag

Wie viel Mineralwasser trinken Sie? ..... dl/Tag

Marke? .....

**Total Calcium über Medikation** ..... /Tag

**Total Calcium über Ernährung** (wird von uns berechnet) ..... /Tag

Besten Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen genommen haben.

Ihr Osteologie-Team

Datum: ..... Unterschrift: .....