Risikofragebogen

Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)

Sehr geehrte Patienten,

Sie stellen sich in unserer Praxis zur Abklärung und/ oder weiterführenden Therapie einer Osteoporose vor. Damit wir Ihr individuelles Risiko besser beurteilen können, bitten wir Sie, die Wartezeit zu nutzen und diesen Fragebogen auszufüllen.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name, Vorname Patient	Geb.- Datum	Datum
Größe	Gewicht	Kinder
Arbeitgeber	Pflegegrad	GdB
E-Mail		

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt? □**Ja** □ **Nein**
Wenn ja, seit wann:_____

Wurden Sie bisher gegen Osteoporose behandelt? □**Ja** □ **Nein**
Wenn ja, von wann bis wann und womit? _____
_____

(z.B. Alendronat (z.B. Fosamax), Risedrona (z.B. Actonel), Raloxifen, Ibandronat (z.B. Bonviva), Zoledronat (z.B. Aclasta), Teriparatid (z.B. Forsteo, Livogiva), Denosumab (Prolia), Romosozumab (Evenity))

Nehmen Sie Calcium und/ oder Vitamin D? □**Ja** □ **Nein**
Wenn ja, welches Präparat und wieviel? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? □**Ja** □ **Nein**
Wenn ja, welche? (Bitte Medikamentenplan beifügen) _____
_____
Wenn ja, wieviel Prednisolon nehmen Sie ein und seit wann? _____

Nehmen Sie eine Hormontherapie ein? □**Ja** □ **Nein**
Wenn ja, was und seit wann? _____

Haben Sie sich schon mal einen Knochen gebrochen? □**Ja** □ **Nein**
Wenn ja, welchen und bei welcher Tätigkeit?_____
Wann? (Jahr) _____

Haben oder hatten Ihre Eltern einen Oberschenkelhalsbruch □**Ja** □ **Nein**

oder eine Osteoporose? □**Ja** □ **Nein**

Haben Sie Schmerzen, z.B. im Rücken? □**Ja** □ **Nein**

Wie viel sind Sie in Ihrem Leben kleiner geworden?_____cm

Knochendichtemessung Fragebogen
1.2.5 (2)
Stand 8/2024

Ist bei Ihnen eine neurologische oder psychiatrische Erkrankung bekannt? (z.B. Epilepsie, Depression, Demenz, Parkinson, Multiple Sklerose) □Ja □ Nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? □Ja □ Nein

Sind Sie Diabetiker (zuckerkrank)? □Ja □ Nein
Wenn ja, Typ I oder II und wie lange? _____

Hatten Sie einen Schlaganfall? □Ja □ Nein

Haben Sie eine Herzerkrankung? □Ja □ Nein
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Magen- oder Darmerkrankungen? □Ja □ Nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Lungenerkrankung? □Ja □ Nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine rheumatische oder entzündliche Erkrankung? □Ja □ Nein
Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? □Ja □ Nein
Wenn ja, wann und welche? _____

Rauchen Sie? □Ja □ Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Nehmen Sie täglich Milch und/ oder Milchprodukte zu sich? □Ja □ Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? □Ja □ Nein

Stürzen Sie häufig? □Ja □ Nein
Wenn ja, wie oft im letzten Jahr? _____

Waren Sie in letzter Zeit länger bettlägerig? □Ja □ Nein

Hatten Sie schon mal eine Bestrahlung? □Ja □ Nein
Wenn ja, wann und warum? _____

Nur für Frauen:
Ihre erste Periode war mit _____Jahren.

Die Menopause mit_____Jahren.

Könnten Sie schwanger sein? □Ja □ Nein

Datum Unterschrift