Fragebogen Knochendichtemessung

RSZF

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

1. Osteoporose in der Familie?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Falls Ja: Wer? _____

2. Hüftbruch bei den Eltern oder Geschwistern?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Falls Ja: Wer? _____

3. Haben Sie Knochenbrüche erlitten? **Datum / Unfallart:**

☐ Handgelenksbruch	☐ rechts	☐ links	_____
☐ Oberarmbruch	☐ rechts	☐ links	_____
☐ Wirbelbruch			_____
☐ Rippenbruch	☐ rechts	☐ links	_____
☐ Beckenbruch	☐ rechts	☐ links	_____
☐ Hüftbruch	☐ rechts	☐ links	_____
☐ Beinbruch	☐ rechts	☐ links	_____
☐ Knöchel-/ Fussbruch	☐ rechts	☐ links	_____

4. Sind Sie im letzten Jahr gestürzt?

☐ Ja ☐ Nein

Falls Ja: Anzahl Stürze: _____

5. Leiden Sie unter Gehschwierigkeiten?

☐ Ja ☐ Nein

6. Litten Sie in den letzten sechs Monaten unter neu aufgetretenen Rückenschmerzen?

☐ Ja ☐ Nein

7. Calcium- und Vitamin D- Versorgung

Milch-/ Käsekonsum:

☐ Ich leide an einer Milchunverträglichkeit. ☐ Ich trinke keine Milch, bzw. nur im Kaffee.

☐ Milch: _____ Anzahl dl/ Woche ☐ Joghurt / Quark: _____ Anzahl Becher (180gr) pro Woche

☐ Ich esse Käse: _____ Portionen pro Woche (Portion 30g -60g)

Mineralwasserkonsum:

☐ Ich trinke nur Leitungswasser / Tee / selbstgemachtes Mineralwasser.

☐ Ich trinke Mineralwasser: _____ Liter pro Tag Marke: _____

Calcium / Vitamin D3:

Nehmen Sie **Calciumtabletten** ein?	☐ Nein	☐ Ja, Medikament: _____
Nehmen Sie **Vitamin D3** ein?	☐ Nein	☐ Ja, Medikament: _____
Nehmen Sie **K2** ein?	☐ Nein	☐ Ja, Medikament: _____

8. Körpergrösse und Gewicht als junge Erwachsene

Körpergrösse: _____ cm

Körpergewicht: zwischen _____kg und _____kg

9. Sexualhormone

Erste Periodenblutung mit _____ Jahren.

Periodenblutungen: ☐ regelmässig ☐ unregelmässig ☐ lange Zeit keine

Letzte Periodenblutung mit _____ Jahren. Grund: ☐ Menopause ☐ Gebärmutteroperation

Hormonbehandlungen nach der Menopause: ☐ Ja ☐ Nein

Falls Ja: Präparat: _____ von: _____ bis: _____

10. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

☐ Schilddrüsen- / Nebenschilddrüsen: _____

☐ Nieren / Nierensteine: _____

☐ Darm (M. Crohn, Colitis Ulcerosa, Zöliakie/ Sprue, Magenbypass): _____

☐ Rheuma: _____

☐ Krebs: _____

Falls Ja: Therapie: ☐ Strahlentherapie ☐ Chemotherapie ☐ Hormontherapie

☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Medikamente: _____

☐ HIV-Infektion? Medikamente: _____

☐ Rauchen Sie ? **Falls Ja:** Anzahl Zigaretten pro Tag:_____

☐ Trinken Sie täglich Alkohol? **Falls Ja:** Wein: _____dl Bier: _____dl gebranntes Wasser: _____ dl

11. Haben Sie jemals folgende Medikamente eingenommen?

☐ Kortison Name / Dosis: _____ von: _____ bis: _____

☐ Epilepsie Name / Dosis: _____ von: _____ bis: _____

☐ Schilddrüsen Name / Dosis: _____ von: _____ bis: _____

☐ Tamoxifen ☐ Arimidex ☐ Anstrazol von: _____ bis: _____

☐ Andere Medikamente: _____

12. Osteoporose-Behandlung

☐ Evista ☐ Livial ☐ Tibolon von: _____ bis: _____

☐ Fosamax / Alendron / Actonel / Ibandronat (Tabl.) von: _____ bis: _____

☐ Forsteo / Teriparatide / Tymplos (Spritze, tägl.) von: _____ bis: _____ zuletzt am: _____

☐ Evenity (Spritze, 1 Mt) von: _____ bis: _____ zuletzt am: _____

☐ Bonviva / Ibandronat (Spritze, 3 Mte) von: _____ bis: _____ zuletzt am: _____

☐ Prolia (Spritze, 6 Mte) von: _____ bis: _____ zuletzt am: _____

☐ Aclasta / Zoledronat (Infusion, 1 Jahr) von: _____ bis: _____ zuletzt am: _____

Bemerkungen: _____

_____

_____

_____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____