

Anamnese <i>Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!</i> <i>Bitte beantworten Sie folgende Fragen, die zur Beurteilung Ihres Osteoporose Risikos wichtig sind. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.</i>	Name: Vorname: Geb.-Datum: Körpergröße: Körpergewicht: BMI:
---	--

Aktuelle Beschwerden		
1.	Benötigen Sie Schmerzmittel wie Opioide/Morphine?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Welche Zahl zwischen 0 und 10 entspricht Ihrer derzeitigen Schmerzintensität? Dabei steht die 0 für „keinen Schmerz“ und die 10 für den „stärksten Schmerz“	
2.	Hatten Sie bereits einen Knochenbruch ? Wenn ja, wann? _____ Oberschenkel <input type="checkbox"/> Oberarm <input type="checkbox"/> Becken <input type="checkbox"/> Wirbelkörper <input type="checkbox"/> Unterarm <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt ? Wenn ja, wie oft? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diagnostik		
4.	Wurde bei Ihnen eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.	Hatten Sie bereits eine medikamentöse Behandlung einer Osteoporose (z. B. Alendronsäure)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Knochendichtemessung/DXA durchgeführt? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Risikofaktoren		
7.	Haben Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelhalsbruch erlitten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.	Liegt bei Ihnen ein Diabetes mellitus vor? Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> Typ II-Insulinpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein. Wenn ja, seit wieviel Jahren? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Trinken Sie mehr als 0,5l Wein oder 1l Bier/Tag (= 50g Alkohol)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Leiden Sie an einer chronischen Bronchitis oder COPD ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.	Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Nebenschilddrüse bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12.	Hatten Sie eine Krebs erkrankung? Wenn ja mit Bestrahlung _____ und/oder Chemotherapie? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate ein? Wenn ja, welches? _____ Wenn ja, wann zuletzt _____ in der Dosierung _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

14.	Waren oder sind Sie von einer chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankung (z. B. Rheuma) betroffen? (bitte untenstehend angeben) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15.	Leiden Sie an Herzschwäche/Herzinsuffizienz ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.	Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17.	Hatten Sie eine Magen-Operation ? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nehmen Sie Magenschutztabletten ein (z. B. Omeprazol, Pantozol)? Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18.	Leiden Sie an Epilepsie oder nehmen Sie Antiepileptika ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19.	Leiden Sie an Depressionen oder nehmen Sie Antidepressiva ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20.	Leiden Sie an Multipler Sklerose ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21.	Leiden Sie an M. Parkinson ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22.	Haben Sie je einen Schlaganfall erlitten? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23.	Wurde eine (beginnende) Demenz/Alzheimer bei Ihnen diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
24.	Sind Sie auf eine Gehilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
25.	Nehmen Sie regelmäßig ein Calcium-Präparat ein? Seit wann? _____ mg/Tag? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
26.	Nehmen Sie regelmäßig ein Vitamin D-Präparat ein? Seit wann? _____ IE/Tag? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
27.	Haben Sie Metall in der Lendenwirbelsäule ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
28.	Haben Sie Metall in einem Hüftgelenk (Prothese, Schrauben) ? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bei Frauen:	
29.	In welchem Alter kamen Sie in die Wechseljahre ?	Mit ___ Jahren
30.	Werden oder wurden Sie mit antihormonellen Medikamenten behandelt? Wenn ja, mit welchen? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vom Arzt ausgefüllt:

Timed-up-and-go-Test: _____ Sekunden