

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## Osteoporose



RADIOLOGIE ZENTRUM  
FRICKTAL

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Osteoporose

Gibt es Osteoporose in Ihrer Familie

- Ja  
 Nein  
 nicht bekannt

Hat bzw. hatten Ihre Grosseltern, Mutter, Schwester oder Bruder einen

- krummen Rücken  
 Unterarm-, Wirbel- oder Schenkelhalsbruch

### Grösse

Ihre Grösse im Alter von 20 Jahren \_\_\_\_\_ cm

### Gewicht

Was war Ihr höchstes Gewicht? im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ kg

Was war Ihr tiefstes Gewicht? im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ kg

### Für Frauen

Wie alt waren Sie bei der ersten Regelblutung \_\_\_\_\_ Jahre

Wie alt waren Sie bei der letzten Regelblutung \_\_\_\_\_ Jahre

### Erkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen

- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Polyarthritis  Ja  Nein  
Chronischer Durchfall  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein

### Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein

Cortisonpräparate wieviel \_\_\_\_\_, seit \_\_\_\_\_/wie lange \_\_\_\_\_

Andere Medikamente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte wenden

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## Osteoporose

### Bewegung/Sport

Haben Sie **Rückenschmerzen** beim Tragen oder Heben, beim längeren Stehen, Sitzen oder Gehen

Ja  Nein

Haben Sie eine Gehbehinderung  Ja  Nein

Benutzen Sie eine Gehhilfe  Ja  Nein

Welche der folgenden Tätigkeiten üben Sie wie oft aus

Spazieren  Ja  Nein Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

Wandern  Ja  Nein Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

Gymnastik  Ja  Nein Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Ja  Nein Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Ja  Nein Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Ja  Nein Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

### Sturzrisiko

Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt  Ja  Nein

Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein  Ja  Nein

Haben Sie eine Sehbehinderung  Ja  Nein

Hatten Sie je Knochenbrüche

Nein

Ja, welcher Knochen und welche Ursache (z.B. Unfall, Ausrutschen, Treppensturz)

Wirbelkörper wann \_\_\_\_\_ Ursache \_\_\_\_\_

Rippen wann \_\_\_\_\_ Ursache \_\_\_\_\_

Schenkelhals wann \_\_\_\_\_ Ursache \_\_\_\_\_

Unterschenkel wann \_\_\_\_\_ Ursache \_\_\_\_\_

Oberarm wann \_\_\_\_\_ Ursache \_\_\_\_\_

Unterarm wann \_\_\_\_\_ Ursache \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_ Ursache \_\_\_\_\_

### Verschiedenes

Trinken Sie täglich mehr als 2 Gläser eines alkoholischen Getränkes  Ja  Nein

Rauchen Sie täglich 20 Zigaretten oder mehr  Ja  Nein

*Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit der Erfassung dieser Daten in der Praxisdokumentation sind Sie einverstanden.*

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_