



Osteoporose Check Up

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie können Ihr persönliches Osteoporoserisiko mit Hilfe dieses Fragebogens testen. Je mehr Fragen Sie mit „Ja“ beantwortet haben, desto höher ist Ihr persönliches Osteoporoserisiko. Dieser Test stellt nur eine grobe Orientierung dar. Für eine individuelle Abklärung Ihres Osteoporoserisikos bitten wir Sie, einen Termin in unserer osteologischen Schwerpunktzentrum zu vereinbaren.

ALLGEMEINE FRAGEN (bitte ankreuzen:)	JA	NEIN
Sind Sie weiblich und älter als 70 Jahre ?		
Sind Sie männlich und älter als 80 Jahre ?		
Hatten Sie schon einmal einen Wirbelkörperbruch ?		
Hatten Sie schon andere Brüche? (mit Ausnahme von Zehen-, Finger-, Schädel- und Knöchelfrakturen)		
Hatte(n) Ihr Vater / Ihre Mutter einen Oberschenkelhalsbruch ?		
Benutzen Sie regelmäßig einen Gehstock, Unterarmgehstöcke oder einen Rollator ?		
Stürzen Sie häufig ?		

ENDOKRINOLOGISCHE ERKANKUNGEN	JA	NEIN
Besteht eine Erkrankung des Hormonsystems bei Ihnen?		
Besteht eine Schilddrüsenerkrankung bei Ihnen ?		
Haben sie einen Diabetes mellitus Typ ?		

RHEUMATOLOGISCHE ERKANKUNGEN	JA	NEIN
Besteht eine Rheumatologische Erkrankung bei Ihnen ?		

GASTROENTEROLOGISCHE ERKANKUNGEN	JA	NEIN
Besteht bei Ihnen eine chronische Magen-Darm Erkrankung?		
Wurde bei Ihnen operativ ein Teil des Magens entfernt ?		

Bitte wenden !



NEUROLOGISCHE/PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN	JA	NEIN
Besteht eine Epilepsie bei Ihnen?		
Besteht eine Schizophrenie bei Ihnen ?		
Besteht/Bestand eine Durchblutungsstörung des Gehirns bei Ihnen? (Schlaganfall,Apoplex)		
Besteht eine Alzheimer-Erkrankung bei Ihnen ?		
Besteht ein Morbus Parkinson bei Ihnen?		
Besteht eine Depression bei Ihnen ?		

ANDERE ERKRANKUNGEN	JA	NEIN
Besteht eine Herzinsuffizienz bei Ihnen?		
Besteht eine Essstörung bei Ihnen ?		
Besteht eine Alkohol- oder alkoholische Lebererkrankung ?		
Haben Sie Untergewicht ?		
Besteht eine COPD (obstruktive Atemwegserkrankung) bei Ihnen?		
Rauchen Sie ?		

MEDIKAMENTE	JA	NEIN
Nehmen Sie regelmäßig Hormone ein?		
Nehmen Sie Aromatasehemmer ? (z.B. nach Brustkrebs)		
Bestand/Besteht oder ist eine Koritson-Therapie geplant ? (von mind. 2,5mg, über mind. 3 Monate)		
Nehmen Sie (hochdosiert) Kortison durch Inhalation ein ?		
Nehmen Sie Insulin ?		
Nehmen Sie Antidepressiva ?		
Nehmen Sie Antiepileptika ?		
Nehmen Sie Opioide ? (Morphine)		
Nehmen Sie Medikamente für den Magen/Darm ? (zB Omeprazol, Pantoprazol)		
Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?		

Aktuelle Größe: m

Aktuelles Gewicht: kg

Name: Vorname:

Datum:

Danke für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam