Osteoporose-Fragebogen

Bitte je Frage eine Antwort anklicken. Wenn Sie eine Angabe nicht kennen, wählen Sie „Weiß ich nicht“.

Ihre persönlichen Angaben

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Alter in Jahren _____ Datum _____

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe

Körpergröße in cm _____ Körpergewicht in kg _____

P09 Bei Frauen: Sind Sie bereits nach den Wechseljahren, also postmenopausal?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht ☐ nicht zutreffend

Knochenbrüche in der Vorgeschichte

Bitte nennen Sie auch ältere Brüche und Brüche ohne größeren Unfall, etwa nach einem Sturz aus dem Stand.

F01 Wurde bei Ihnen jemals ein Bruch eines Wirbelkörpers festgestellt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Falls ja: Datum des letzten Bruchs _____

☐ in den letzten 12 Monaten ☐ vor mehr als 12 Monaten ☐ unbekannt

Anzahl der Wirbelbrüche vor mehr als 12 Monaten

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 oder mehr ☐ unbekannt

F02 Hatten Sie jemals einen Hüftbruch oder einen hüftnahen Oberschenkelbruch?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Falls ja: Datum des letzten Bruchs _____

☐ in den letzten 12 Monaten ☐ vor mehr als 12 Monaten ☐ unbekannt

F03 Hatten Sie jemals einen Bruch des Oberarms?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

F04 Hatten Sie jemals einen Bruch des Handgelenks oder des Unterarms nahe am Handgelenk?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

F05 Hatten Sie jemals einen Beckenbruch?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Weitere Brüche und den Unfallhergang können Sie am Ende ergänzen.

Nur zur Vorbereitung auf den Arzttermin. Bewertung im Arzt-Patientengespräch.

Name oder Patienten-ID

Allgemeine Risikofaktoren

A01 Hatte Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Hüftbruch oder Oberschenkelhalsbruch?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Eine bekannte Osteoporose der Eltern können Sie unter „Weitere Angaben“ am Ende ergänzen. Hier ist der Hüftbruch entscheidend.

A02 Trinken Sie regelmäßig Alkohol in einer Menge von etwa 50 g reinem Alkohol pro Tag oder mehr?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Das entspricht ungefähr 1,25 Litern Bier mit 5 % Alkohol oder 0,5 Litern Wein mit 12,5 % Alkohol. Entscheidend ist die tatsächlich getrunkene Menge.

Falls unklar: Getränke und Menge pro Tag

A03 Rauchen Sie derzeit mehr als 10 Zigaretten am Tag?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Falls Sie rauchen: Zigaretten pro Tag

A04 Wurde bei Ihnen eine COPD festgestellt, also eine chronische Lungenerkrankung mit verengten Atemwegen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Diabetes und hormonelle Erkrankungen

E01 Haben Sie Diabetes mellitus, also eine Zuckerkrankheit?

☐ Nein ☐ Ja, Typ 1 ☐ Ja, Typ 2 ☐ Ja, Typ unbekannt

☐ Ich weiß nicht, ob ich Diabetes habe

Falls Sie Diabetes Typ 2 haben

Bekannt seit dem Jahr

☐ weniger als 5 Jahre ☐ 5 bis 10 Jahre ☐ mehr als 10 Jahre ☐ unbekannt

E03 Wurde bei Ihnen eine Überfunktion der Nebenschilddrüsen festgestellt, ein primärer Hyperparathyreoidismus?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

E04 Wurde bei Ihnen ein zu niedriger TSH Wert festgestellt, zum Beispiel bei einer Schilddrüsenüberfunktion oder unter Schilddrüsenmedikamenten?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Nur zur Vorbereitung auf den Arzttermin. Bewertung im Arzt-Patientengespräch.

Name oder Patienten-ID

Rheumatische Erkrankungen

R01 Haben Sie eine axiale Spondyloarthritis, zum Beispiel Morbus Bechterew oder eine entzündlich rheumatische Erkrankung der Wirbelsäule?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

R02 Haben Sie eine rheumatoide Arthritis, also entzündliches Gelenkrheuma?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Cortisonbehandlung

C01 Nehmen Sie Cortison ein oder haben Sie in den letzten 24 Monaten Cortison erhalten?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Falls ja, beantworten Sie bitte auch die folgenden Fragen. Präparat, Einnahmeform und Dosis werden ärztlich geprüft.

Präparat / Wirkstoff

Dosis pro Tag mg Einnahmeform

Beginn Ende oder weiterhin

C04 Dauerte oder dauert diese Cortisonbehandlung länger als 3 Monate?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

C05 Wurde die Cortisonbehandlung in den letzten 12 Monaten neu begonnen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Bei wechselnden Dosierungen bitte den Dosierungsplan beifügen.

Bisherige Osteoporosebehandlung

T01 Wurden oder werden Sie bereits mit Medikamenten gegen Osteoporose behandelt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Präparat und Beginn sowie letzte Einnahme oder Spritze

Bitte geben Sie auch frühere oder inzwischen beendete Behandlungen an und bringen Sie Ihren Medikamentenplan mit.

Nur zur Vorbereitung auf den Arzttermin. Bewertung im Arzt-Patientengespräch.

Name oder Patienten-ID

Stürze und neurologische Erkrankungen

S01 Wie oft sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt?
☐ keinmal ☐ einmal ☐ zweimal oder häufiger ☐ Weiß ich nicht

S02 Wurde bei Ihnen wiederholt oder dauerhaft ein zu niedriger Natriumwert im Blut festgestellt, eine chronische Hyponatriämie?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

S03 Wurde bei Ihnen eine Depression festgestellt?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

S04 Nehmen Sie ein Medikament gegen Depressionen, ein sogenanntes Antidepressivum?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

S05 Haben Sie Epilepsie, also eine Erkrankung mit wiederkehrenden Krampfanfällen?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

S06 Sind Sie beim Gehen auf eine Gehhilfe angewiesen, zum Beispiel einen Stock, Gehstützen oder einen Rollator?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

S07 Wurde bei Ihnen eine Demenz oder Alzheimererkrankung festgestellt?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

S08 Haben Sie Morbus Parkinson?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

S09 Haben Sie Multiple Sklerose?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

S10 Nehmen Sie starke Schmerzmittel aus der Gruppe der Opioide, zum Beispiel Tilidin, Tramadol, Oxycodon, Morphin oder Fentanyl?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

S11 Hatten Sie einen Schlaganfall?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Gehhilfe oder relevante Medikamente

Nur zur Vorbereitung auf den Arzttermin. Bewertung im Arzt-Patientengespräch.

Name oder Patienten-ID

Weitere Erkrankungen und Medikamente

W01 Haben Sie eine chronische Herzschwäche, eine Herzinsuffizienz?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

W02 Wurde bei Ihnen eine monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz festgestellt, auch MGUS genannt?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

W03 Haben Sie eine chronische Nierenschwäche oder Niereninsuffizienz?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Falls bekannt: Stadium / letzter Nierenwert

W04 Nehmen Sie seit mehr als 3 Monaten einen Protonenpumpenhemmer als Magenschutz oder gegen Sodbrennen, zum Beispiel Pantoprazol oder Omeprazol?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Präparat und Einnahmedauer

Ergänzende Erkrankungen und Behandlungen

Diese Erkrankungen und Behandlungen können für die Abklärung wichtig sein. Wenn eine Frage nicht auf Sie zutrifft, wählen Sie „Nein“.

Z01 Wurde bei Ihnen ein Cushing Syndrom oder eine erhöhte körpereigene Cortisolproduktion festgestellt?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Z02 Haben Sie einen Wachstumshormonmangel durch eine Erkrankung der Hirnanhangdrüse?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Z03 Erhalten oder erhielten Sie eine Behandlung zur Unterdrückung des männlichen Geschlechtshormons, zum Beispiel wegen Prostatakrebs?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Z04 Wurde bei Ihnen als Mann ein Testosteronmangel aus einem anderen Grund festgestellt?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Z05 Erhalten oder erhielten Sie einen Aromatasehemmer, zum Beispiel Letrozol, Anastrozol oder Exemestan?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Nur zur Vorbereitung auf den Arzttermin. Bewertung im Arzt-Patientengespräch.

Name oder Patienten-ID

Ergänzende Erkrankungen und Behandlungen · Fortsetzung

Z06 Wurde Ihr Magen ganz oder teilweise entfernt, zum Beispiel bei einer Billroth II Operation?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Z07 Hatten Sie eine Operation zur Gewichtsabnahme, zum Beispiel einen Magenbypass oder eine Schlauchmagenoperation?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Z08 Haben Sie Zöliakie, eine durch Gluten ausgelöste Darmerkrankung?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Z09 Haben Sie Morbus Crohn?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Z10 Haben Sie Colitis ulcerosa?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Z11 Haben Sie systemischen Lupus erythematodes?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiß ich nicht

Weitere Angaben

Zum Beispiel weitere Brüche mit Datum und Unfallhergang, Osteoporose in der Familie, beendete Medikamente oder Angaben, bei denen Sie Unterstützung benötigen.

Ausgefüllt durch

Datum

Bitte bringen Sie Ihren Medikamentenplan und vorhandene Befunde zu Knochenbrüchen und Knochendichtemessungen zum Termin mit.

Nur zur Vorbereitung auf den Arzttermin. Bewertung im Arzt-Patientengespräch.