

Anamnese Frauen und Männer

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, die zur Beurteilung Ihres Osteoporoserisikos wichtig sind. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Zutreffendes bitte ankreuzen, ergänzen oder unterstreichen!

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Körpergröße	Körpergewicht

BESCHWERDEN		ja	nein
01.	Leiden Sie unter Rückenschmerzen? Benötigen Sie Schmerzmittel wie Opioide/Morphine?	☐	☐
02.	Haben Sie sich einen Knochen gebrochen? Wenn ja, Wann? ☐ Oberschenkel ☐ Wirbelkörper ☐ Unterarm ☐ Oberarm ☐ Becken ☐ Sonstige:	☐	☐
03.	Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt? Wenn ja, wie oft?	☐	☐
DIAGNOSTIK		ja	nein
04.	Wurde bei Ihnen eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt? ☐ Brustwirbelsäule ☐ Lendenwirbelsäule	☐	☐
05.	Sind Sie kleiner geworden? Wenn ja, wie viele cm?	☐	☐
06.	Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporose festgestellt?	☐	☐
RISIKOFAKTOREN		ja	nein
07.	Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelhalsbruch erlitten?	☐	☐
08.	Haben Sie einen Diabetes mellitus? Wenn ja, seit wieviel Jahren? ☐ Typ I ☐ Typ II ☐ Typ II-insulinpflichtig	☐	☐
09.	Rauchen Sie oder leiden Sie an einer chronischen Bronchitis oder COPD?	☐	☐
10.	Haben Sie oder hatten Sie eine Schilddrüsenüberfunktion? Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Nebenschilddrüse bekannt?	☐	☐
11.	Wurde eine Chemotherapie bei Ihnen durchgeführt?	☐	☐
12.	Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate ein? Wenn ja, wie lange jeweils? Dosierung mg	☐	☐
13.	Waren oder sind Sie von einer chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankung (z.B. Rheuma) oder von einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (z.B. Morbus Crohn/Colitis ulcerosa/Zöliakie) betroffen? Wenn ja, welche?	☐	☐
14.	Leiden Sie an Herzschwäche? Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt?	☐	☐
15.	Hatten Sie eine Magen-Operation? Wenn ja, welche? Nehmen Sie Magenschutztabletten ein (z.B. Omeprazol)? Wenn ja, seit wann? Ist eine eingeschränkte Leberfunktion bekannt?	☐	☐
16.	Leiden Sie an Epilepsie oder müssen Sie Antiepileptika einnehmen? Leiden Sie an Depression oder nehmen Sie Antidepressiva ein? Nehmen Sie Schlafmittel ein? Wenn ja, welches? Leiden Sie an Multipler Sklerose? Leiden Sie an M. Parkinson? Haben Sie je einen Schlaganfall erlitten? Wenn ja, wann? Wurde eine (beginnende) Demenz bei Ihnen diagnostiziert? Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen?	☐	☐
UNVERTRÄGLICHKEITEN / ALLERGIEN		ja	nein
17.	Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit?	☐	☐
18.	Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?	☐	☐
HORMONE/KREBS Fragen für Frauen 19-23 / Männer 22- 23		ja	nein
19.	Wann kamen Sie in die Wechseljahre? mit Jahren / im Jahr	☐	☐
20.	Ist eine Gebärmutter- oder Eierstockentfernung vorgenommen worden?	☐	☐
21.	Nehmen oder nahmen Sie nach den Wechseljahren weibliche Geschlechtshormone?	☐	☐
22.	Hatten Sie Brust- oder Prostatakrebs?	☐	☐
23.	Werden Sie mit antihormonellen Medikamenten behandelt? Wenn ja, mit welchen?	☐	☐

Bitte unterschreiben!

Datum	Unterschrift
-------	--------------