

Anamnese Frauen und Männer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

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

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Bitte entsprechende Antwort ankreuzen, ggf. Antwort unterstreichen:

Beschwerden

01. Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

ja nein

Benötigen Sie Schmerzmittel wie Opioide/Morphine?

ja nein

02. Haben Sie sich einen Knochen gebrochen? Wenn ja, Wann?

ja nein

Oberschenkel Wirbelkörper Unterarm Oberarm Becken

Sonstige

03. Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt?

ja nein

wenn ja, wie oft? _____

Diagnostik

04. Wurde bei Ihnen eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt?

ja nein

Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule

05. Sind Sie kleiner geworden? Wenn ja, wie viele cm?

ja nein

06. Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporose festgestellt?

ja nein

Risikofaktoren

07. Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelhalsbruch erlitten?

ja nein

08. Haben Sie einen Diabetes mellitus?

ja nein

Typ I Typ II Typ II-insulinpflichtig? ja nein

Wenn ja, seit wieviel Jahren? _____

09. Rauchen Sie oder leiden Sie an einer chronischen Bronchitis oder COPD?

ja nein

10. Haben Sie oder hatten Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?

ja nein

Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Nebenschilddrüse bekannt?

ja nein

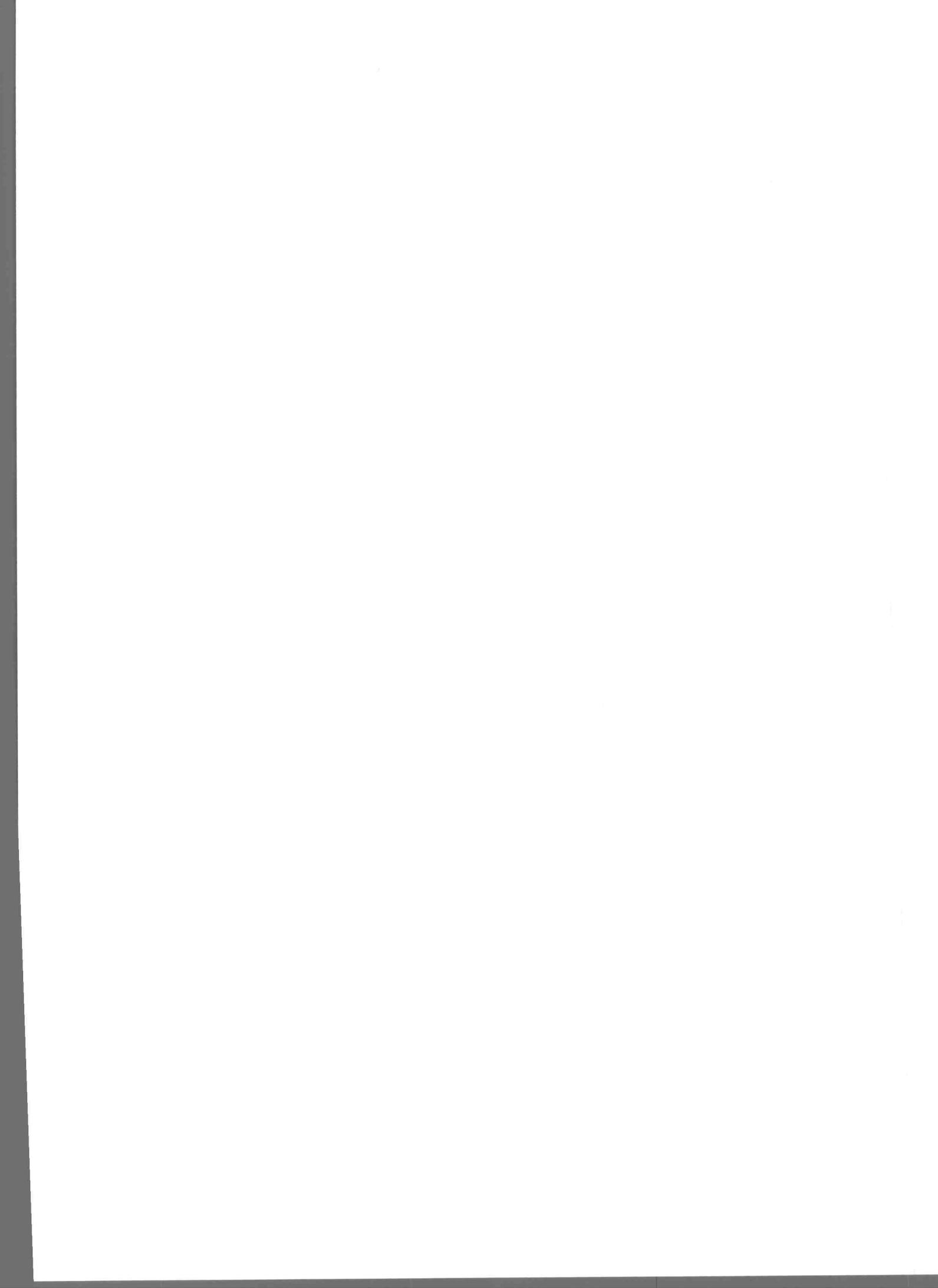
11. Wurde eine Chemotherapie bei Ihnen durchgeführt?

ja nein

12. Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate ein? Wenn ja, welches? _____

ja nein

Wenn ja, wann zuletzt _____ in der Dosierung _____



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? (bitte untenstehend angeben) ja nein

14. Leiden Sie an Herzschwäche? ja nein

Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt? ja nein

15. Hatten Sie eine Magen-Operation? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Magenschutztabletten ein (z. B. Omeprazol)? Wenn ja, seit wann? ja nein

Ist eine eingeschränkte Leberfunktion bekannt? ja nein

16. Leiden Sie an Epilepsie oder müssen Sie Antiepileptika einnehmen? ja nein

Leiden Sie an Depression oder nehmen Sie Antidepressiva ein? ja nein

Nehmen Sie Schlafmittel ein? Wenn ja, welches? _____ ja nein

Leiden Sie an Multipler Sklerose? ja nein

Leiden Sie an M.Parkinson? ja nein

Haben Sie je einen Schlaganfall erlitten? Wenn ja, wann? _____ ja nein

Wurde eine (beginnende) Demenz bei Ihnen diagnostiziert? ja nein

Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen? ja nein

Unverträglichkeiten/Allergien

17. Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit? ja nein

18. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

Hormone/Krebs: Frauen Frage 19-23/Männer Frage 22- 23

19. Wann kamen Sie in die Wechseljahre? mit _____ Jahren Jahr _____

20. Ist eine Gebärmutter- oder Eierstockentfernung vorgenommen worden? ja nein

21. Nehmen oder nahmen Sie nach den Wechseljahren weibliche Geschlechtshormone? ja nein

22. Hatten Sie Brust- oder Prostatakrebs? ja nein

23. Werden Sie mit antihormonellen Medikamenten behandelt? Wenn ja, mit welchen? _____ ja nein

Datum..... Unterschrift