

Fragebogen zur Osteoporoseabklärung am Luzerner Kantonsspital

Name, Vorname, Geb.-Datum:

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, sie sind wichtig für eine korrekte Einschätzung Ihres Osteoporoserisikos. Beziehen Sie Ihre Antworten auf die letzten Jahre (erst vor kurzem geänderte Ernährungsgewohnheiten sind weniger aussagekräftig für die Beurteilung).

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Knochendichtemessung nur in bestimmten Situationen, fragen Sie im Zweifelsfall Ihren zuweisenden Hausarzt ob dies für Sie zutrifft.

Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelbruch erlitten? ja nein

Haben Sie selbst Knochenbrüche nach einem Sturz aus Stehhöhe erlitten? ja nein

Wenn ja, in welchem Alter ?

Welcher Knochen ?

Wie war Ihre maximale Körpergrösse (Passgrösse)? cm

Nehmen Sie Kortison ein? ja nein

Wenn ja, in welcher Dosierung und seit wann ?

Haben Sie früher während längerer Zeit Kortison eingenommen? ja nein

Wenn ja, ungefähre Dosierung und Dauer der Behandlung?

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein? ja nein

Wenn ja, welche - seit wann ?

Nehmen Sie andere Medikamente ein (Schlaf-, Blutdruck-, Diabetesmittel, Schilddrüsenhormone, etc.) ?
.....

Rauchen Sie täglich? ja nein

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? ja nein

Wurden bei Ihnen Nierensteine diagnostiziert? ja nein

Wurden bei Ihnen Magen/Darmgeschwüre diagnostiziert? ja nein

Leiden Sie an einer entzündlichen Darmerkrankung? ja nein

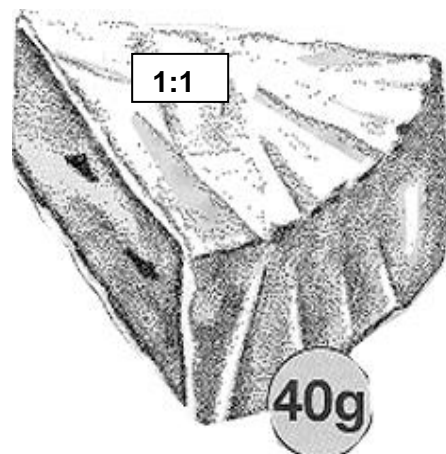
Leiden Sie an einer Rheumatoiden Arthritis? ja nein

Sind Sie im vergangenen Jahr gestürzt? ja nein

Wenn ja, wie oft ? Grund (Stolpern, Schwindel ?)

Wieviel:

- Milch trinken Sie durchschnittlich pro Tag? dl
 - Hartkäse essen Sie durchschnittlich pro Tag? g
 - Weichkäse essen Sie durchschnittlich pro Tag? g
 - Quark/Frischkäse essen Sie durchschnittlich pro Tag?..... g
 - Joghurt essen Sie durchschnittlich pro Tag? Becher
 - Mineralwasser trinken Sie durchschnittlich pro Tag? dl
- Welche Marke(n)?.....



Halten Sie sich täglich mindestens 30 Minuten
im Freien auf?

ja nein

Nur von Frauen zu beantworten:

Haben Sie eine regelmässige Monatsblutung?
Wenn nein, in welchem Alter hörte sie auf?

ja nein
mit Jahren

Stehen Sie unter einer Hormonbehandlung?
Wenn ja, seit wann ?

ja nein
.....

Standen Sie früher unter einer Hormonbehandlung?
Wenn ja, Grund des Abbruches?.....

ja nein
.....

Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?
Wenn ja, wann?.....

ja nein

Wurden bei Ihnen die Eierstöcke entfernt?
Wenn ja, wann?.....

ja nein

Leiden oder litten Sie an Brustkrebs?

ja nein

Kommt in Ihrer Familie Brustkrebs gehäuft vor?

ja nein

Haben Sie Venenthrombosen durchgemacht?

ja nein

Haben Sie Lungenembolien durchgemacht?

ja nein

Nur von Männern zu beantworten:

Hat Ihre Körperbehaarung abgenommen?

ja nein

Haben Sie eine Abnahme der Hodengrösse bemerkt?

ja nein

Ist Ihnen ein Brustwachstum aufgefallen?

ja nein

Hat Ihre Sexualfunktion abgenommen?

ja nein

