

## Fragebogen zur Osteoporoseabklärung am LUKS Wolhusen

Patient (Name, Vorname, Geb.) .....

*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).*

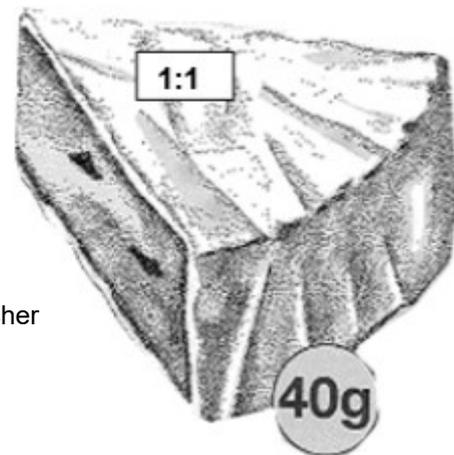
*Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Knochendichtemessung nur in bestimmten Situationen, fragen Sie im Zweifelsfall Ihren zuweisenden Hausarzt ob dies für Sie zutrifft.*

1. Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelbruch erlitten? ja  nein
2. Haben Sie selbst Knochenbrüche nach einem Sturz aus Stehhöhe erlitten? ja  nein 
  - Wenn ja, in welchem Alter? .....
  - Welcher Knochen?.....
3. Wie war Ihre maximale Körpergrösse (Passgrösse)? .....cm
4. Nehmen Sie aktuell Kortison ein? ja  nein 
  - Wenn ja, in welcher Dosierung und seit wann? .....
5. Haben Sie früher während längerer Zeit Kortison eingenommen? ja  nein 
  - Wenn ja, ungefähre Dosierung und Dauer der Behandlung? .....
6. Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein (z.B. Calcium, Vitamine oder knochenaufbauende Medikamente) ? ja  nein 
  - Wenn ja, welche und seit wann ?.....
  - .....
  - .....
7. Nehmen Sie andere Medikamente ein (Schlaf-, Blutdruck-, Diabetesmittel, Schilddrüsenhormone, etc.) ? ja  nein 
  - Falls ja, welche?
  - .....
  - .....
  - .....
8. Rauchen Sie täglich ? ja  nein
9. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? ja  nein
10. Wurden bei Ihnen Nierensteine diagnostiziert? ja  nein
11. Wurden bei Ihnen Magen-/Darmgeschwüre diagnostiziert? ja  nein
12. Leiden Sie an einer entzündlichen Darmerkrankung? ja  nein

13. Leiden Sie an einer rheumatoiden Arthritis? ja  nein
14. Sind Sie im vergangenen Jahr gestürzt? ja  nein
- Wenn ja, wie oft? .....Grund (Stolpern, Schwindel)? .....
15. Halten Sie sich täglich mind. 30 Minuten im freien auf ja  nein

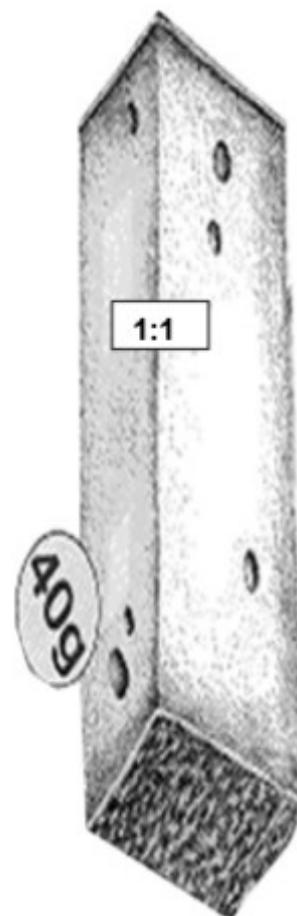
**Fragen zur Ernährung: Wie viel ...**

16. Milch trinken Sie durchschnittlich pro Tag? .....dl
17. Hartkäse essen Sie durchschnittlich pro Tag? .....g
18. Weichkäse essen Sie durchschnittlich pro Tag? .....g
19. Quark/Frischkäse essen Sie durchschnittlich pro Tag? .....g
20. Joghurt essen Sie durchschnittlich pro Tag? .....Becher
21. Gesamte Trinkmenge pro Tag? .....dl
- davon Mineralwasser (mit Kohlensäure) .....dl
- Welche Marke? .....
- davon Hahnenwasser .....dl
- Wenn Anderes, was? .....dl



**Nur von Frauen zu beantworten:**

22. Haben Sie eine regelmässige Monatsblutung? ja  nein
- Wenn nein, in welchem Alter hörte sie auf? .....
23. Stehen Sie aktuell unter einer Hormonbehandlung? ja  nein
- Wenn ja, seit wann ? .....
24. Standen Sie früher unter einer Hormonbehandlung? ja  nein
- Wenn ja, Grund des Abbruches? .....
25. Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt? ja  nein
- Wenn ja, wann? .....
26. Wurden bei Ihnen die Eierstöcke entfernt? ja  nein
- Wenn ja, wann? .....
27. Leiden oder litten Sie an Brustkrebs? ja  nein
28. Kommt in Ihrer Familie Brustkrebs gehäuft vor? ja  nein
29. Haben Sie Venenthrombosen durchgemacht? ja  nein
30. Haben Sie Lungenembolien durchgemacht? ja  nein



**Von Männern zu beantworten:**

31. Hat Ihre Körperbehaarung abgenommen? ja  nein
32. Haben Sie eine Abnahme der Hodengrösse bemerkt? ja  nein
33. Ist Ihnen ein Brustwachstum aufgefallen? ja  nein
34. Hat Ihre Sexualfunktion abgenommen? ja  nein