



Dr. med. Ole Rathje
Andrea Rathje

Osteoporose: Sturz- und Bruchrisiko

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir messen bei Ihnen heute die Knochendichte. Um ihr individuelles Sturz- und Bruchrisiko zu ermitteln, testen wir dazu auch ihre Muskelkraft an Händen und Beinen. Die Beantwortung dieses Fragebogens komplettiert den „Knochencheck“.

Bitte setzen Sie je nach Beantwortung das Kreuz bei ja oder nein. Können Sie eine Frage nicht beantworten, so überspringen Sie diese und setzen kein Kreuz.

Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Körperliche Aktivität		
Sind Sie körperlich aktiv, d.h. betreiben Sie regelmäßig Sport oder Gymnastik, 2-3x pro Woche?	Ja	Nein
Versorgen Sie ihren Haushalt weitestgehend alleine?	Ja	Nein
Benötigen Sie Hilfe beim Einkaufen?	Ja	Nein
Ich habe als Kind und Jugendlicher kaum Sport getrieben	Ja	Nein

Sturzrisiko		
Ich nutze eine Gehhilfe (Stock, Rollator)	Ja	Nein
Mir ist oft schwindelig	Ja	Nein
Mir fehlt oft die Kraft in den Beinen, muss mich beim Aufsetzen z.B. mit den Händen an den Armlehnen abstützen	Ja	Nein
Ich stolpere häufig	Ja	Nein
Ich bin im letzten Jahr gestürzt	Ja	Nein

Familiäre Belastung		
Die Eltern hatten Knochenbrüche ohne erkennbaren Grund	Ja	Nein
Vater oder Mutter hatten einen Rundrücken („Buckel“)	Ja	Nein
Haben oder hatten ihre Eltern eine bekannte Osteoporose?	Ja	Nein

Ernährung		
Ernähren Sie sich ausgewogen?	Ja	Nein
Essen Sie calciumreiche Nahrungsmittel, wie z.B. Milch, Käse, Joghurt oder Quark?	Ja	Nein
Bei mir wurde schon einmal ein niedriger Vitamin D-Wert gemessen	Ja	Nein
Ich esse häufig Fertiggerichte und/oder fast food	Ja	Nein
Ich bin oder war lange Zeit untergewichtig	Ja	Nein
Ich trinke oft (fast täglich) Alkohol. Auch geringe Mengen zählen	Ja	Nein

Grunderkrankungen		
Sind Sie nierengesund?	Ja	Nein
Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente gegen eine Unterfunktion?	Ja	Nein
Liegt bei Ihnen eine chronische Darmerkrankung, wie z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa vor?	Ja	Nein
Ist bei Ihnen eine Rheumaerkrankung bekannt?	Ja	Nein
Leiden Sie an einer Epilepsie?	Ja	Nein
Ist bei Ihnen eine Zuckererkrankung, Diabetes mellitus, bekannt?	Ja	Nein

Medikation		
Ich nehme dauerhaft oder zumindest häufig Magensäureblocker (Protonenpumpeninhibitoren, PPI), wie z.B. Pantoprazol oder Omeprazol	Ja	Nein
Ich nehme ein Antidepressivum oder habe es mehrere Jahre genommen	Ja	Nein
Ich habe in meinem Leben häufiger Cortison in Tablettenform eingenommen oder nehme aktuell Cortison	Ja	Nein
Ich nehme häufiger Schlaf- oder Beruhigungstabletten	Ja	Nein

Operationen		
Hüftprothese: rechts links beidseits (nicht zutreffendes streichen)	Ja	Nein
Versteifende Rückenoperation bei Bruch der Wirbelsäule	Ja	Nein

Geschlechtsspezifische Fragen, Frauen		
Ich werde zur Nachbehandlung eines Brustkrebses mit Tabletten behandelt	Ja	Nein
Mir wurden die Eierstöcke (Ovarien) operativ entfernt	Ja	Nein
Ich bin schon recht früh (in einem Alter von ca. 40 Jahren) in die Menopause gekommen	Ja	Nein
Geschlechtsspezifische Fragen, Männer		
Bei mir wurde schon einmal ein Testosteronmangel festgestellt	Ja	Nein
Ich werde wegen eines Prostatakarzinoms mit (Anti-)Hormonen behandelt	Ja	Nein

Anmerkungen:

--

Nottensdorf, den : _____