

Osteoporose-Risiko-Fragebogen

Vorname und Nachname:

Alter:

Geschlecht: männlich weiblich

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	<input type="checkbox"/>	Punkte
Abnahme der Körpergröße um mehr als 7 cm (gegenüber Ihrer ursprüngl. Körpergröße in Ihrem Personalausweis)	<input type="checkbox"/>	2 P.
Eingeschränkte Gehfähigkeit (unter 100 m ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	1 P.
Nikotinkonsum (Rauchen, Schnupftabak)	<input type="checkbox"/>	1 P.
Stürze/Brüche		
Mehr als ein Sturz in den letzten 12 Monaten (ohne äußeren Anlass)	<input type="checkbox"/>	1 P.
Bruch von Arm, Fuß, Bein, Rippen oder Becken nach dem 50. Lebensjahr	<input type="checkbox"/>	1 P.
Wirbelkörperbruch ohne Unfall	<input type="checkbox"/>	2 P.
Oberschenkelhalsbruch bei Vater oder Mutter	<input type="checkbox"/>	1 P.
Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?		
Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	1 P.
Epilepsie (Krampfanfälle) oder Parkinson	<input type="checkbox"/>	1 P.
Mehrfache schwere Asthmaerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/>	1 P.
Chronische Polyarthrit oder Bechterew-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	1 P.
Entzündliche Darmerkrankung (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)	<input type="checkbox"/>	1 P.
Laktose- oder Getreideunverträglichkeit (Zöliakie)	<input type="checkbox"/>	1 P.
Hochgradige oder komplette Entfernung des Magens	<input type="checkbox"/>	1 P.
Überfunktion der Schilddrüse (unbehandelt)	<input type="checkbox"/>	1 P.
Überfunktion der Nebenschilddrüsen	<input type="checkbox"/>	1 P.
Überfunktion der Nebenniere	<input type="checkbox"/>	1 P.
Wachstumshormon-Mangel	<input type="checkbox"/>	1 P.
Schwere Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	1 P.
Medikamente		
Nehmen Sie schon länger als 3 Monate Kortison-Tabletten ein oder ist die Therapie länger als 3 Monate geplant?	<input type="checkbox"/>	1 P.
Wasser-Tabletten (Diuretika) oder Markumar-Tabletten?	<input type="checkbox"/>	1 P.
Für Frauen		
Werden Sie mit Antihormonen (Aromatasehemmern) behandelt?	<input type="checkbox"/>	1 P.
Wurden beide Eierstöcke vor dem 45. Lebensjahr entfernt?	<input type="checkbox"/>	1 P.
Sind bei Ihnen schon die Wechseljahre eingetreten?	<input type="checkbox"/>	1 P.
Für Männer		
Anti-Hormonbehandlung nach Prostatakarzinom?	<input type="checkbox"/>	1 P.

Ein Service von

Gesamtzahl der Punkte: