

Fragen an Patienten zum Osteoporose-Risiko

Ergänzungen zum Minimaldatensatz der Regionalen Expertenkreise Osteoporose (REKO) in Deutschland

Liebe Patienten, bitte versuchen Sie, die folgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten und die Jahresangaben der Regelblutungen, sowie Größe und Gewicht einzutragen. Bei Unklarheiten helfen Ihnen die Helferinnen und Ihr Arzt in der Sprechstunde. Mit Ihren Angaben erleichtern Sie die ärztliche Entscheidung für die Erkennung und Behandlung der Osteoporose.

Name/Vorname	Geb.-Datum	Geschlecht	Datum	
1. Beschwerden			Ja	Nein
Leiden Sie an Rückenschmerzen?				
Benötigen Sie Schmerzmittel wie Opiode/Morphine?				
2. Knochenbrüche			Ja	Nein
Haben Sie sich einen Knochen gebrochen? Wenn ja, Wann?				
Oberschenkel <input type="checkbox"/> Wirbelkörper <input type="checkbox"/> Unterarm <input type="checkbox"/> Oberarm <input type="checkbox"/> Becken <input type="checkbox"/> Sonstiges:				
Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt? Wenn ja, wie oft? _____				
3. Diagnostik			Ja	Nein
Wurde bei Ihnen eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt? Brustwirbeläule <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule <input type="checkbox"/>				
Sind Sie kleiner geworden? Wenn ja, wie viele cm? _____				
Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporose festgestellt?				
4. Risikofaktoren			Ja	Nein
Hat Ihre Mutter/Vater eine Oberschenkelhalsbruch erlitten?				
Sind Sie Diabetes mellitus erkrankt? Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, seit wie viel Jahren? _____				
Rauchen Sie ? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____				
Leiden Sie an einer chronischen Bronchitis oder COPD?				
Haben Sie oder hatten Sie eine Schilddrüsenüberfunktion? Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Nebenschilddrüse bekannt?				
Wurde eine Chemotherapie bei Ihnen durchgeführt?				
Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate ein? Wenn ja, welches? _____ Wann zuletzt _____ in der Dosierung _____				
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? Wenn ja, welche _____				

Bitte wenden →

Leiden Sie an Herzschwäche?		
Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt?		
Hatten Sie eine Magen-Operation? Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie Magenschutztabletten ein (z.B. Omeprazol)? Wenn ja, seit wann? _____		
Ist eine eingeschränkte Leberfunktion bekannt?		
Leiden Sie an Epilepsie?		
Leiden Sie an Depressionen oder nehmen Sie Antidepressiva ein?		
Nehmen sie Schlafmittel ein? Wenn ja, welche? _____		
Leiden Sie an Multipler Sklerose?		
Leiden Sie an M. Parkinson?		
Haben Sie einen Schlaganfall erlitten? Wenn ja, wann? _____		
Wurde eine (beginnende) Demenz bei Ihnen diagnostiziert?		
Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen?		
5. Unterträglichkeiten/Allergien	Ja	Nein
Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit?		
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? _____		
6. Hormone/Krebs: Frauen Frage 1-5 Männer Frage 4-5	Ja	Nein
1. Wann kamen Sie in die Wechseljahre? Mit _____ Jahren Im Jahr _____		
2. Ist eine Gebärmutter- oder Eierstockentfernung vorgenommen worden?		
3. Nehmen oder nahmen Sie nach den Wechseljahren weibliche Geschlechtshormone?		
4. Hatten Sie Brust- oder Prostatakrebs?		
5. Werden sie mit antihormonellen Medikamenten behandelt? Wenn ja, mit welchen? _____		
8. Größe: _____	Gewicht: _____	