

## Fragebogen zur Knochengesundheit

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Beruf (aktuell und früher) \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_ kg Größe (aktuell) \_\_\_\_ cm Größe (früher) \_\_\_\_ cm

**Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt?**  Ja  Nein

Wenn ja, seit \_\_\_\_\_

**Nehmen oder nahmen Sie Medikamente dagegen ein?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche? Wann? \_\_\_\_\_

**Wurde schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt?**  Ja  Nein

**Gibt es Osteoporose in Ihrer Familie?**  Ja  Nein

Hat bzw. hatte Ihre Großmutter/Mutter/Schwester/Bruder eine Osteoporose,  
einem krummen Rücken, einen Unterarm-, Wirbel-oder Schenkelhalsbruch?  
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

### Fragen zu Ihren Knochenbrüchen:

▶ Hatten Sie einen Knochenbruch?  Ja  Nein

▶ Wenn ja wo und wann?

|                      |               |        |
|----------------------|---------------|--------|
| Wirbelkörper         | mit ca. _____ | Jahren |
| Rippe                | mit ca. _____ | Jahren |
| Schenkelhals         | mit ca. _____ | Jahren |
| Andere Knochen _____ | mit ca. _____ | Jahren |

Wodurch kam es zu diesem Knochenbruch/-brüchen?

Ohne besondere Ursache, im Alltagsleben  Ja  Nein

(z.B. beim Heben, Tragen, Laufen, Ausrutschen, Stolpern und ähnliches)

Durch schweren Unfall  Ja  Nein

(z.B. Sturz von der Leiter, Stuhl, auf der Treppe, Verkehrsunfall)

### Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

▶ an einer Schilddrüsenerkrankung, wegen der Sie Tabletten nehmen?  Ja  Nein

▶ an chronischem Durchfall?  Ja  Nein

▶ an einem entzündlichen Gelenkrheuma?  Ja  Nein

▶ an einem Anfallsleiden (Epilepsie), wegen dem Sie Tabletten einnehmen?  Ja  Nein

▶ an einer Krebserkrankung, wegen der Sie eine Chemotherapie erhielten?  Ja  Nein

Wenn ja für welche Krebsart? wann? \_\_\_\_\_

**Einnahme von Medikamenten:**

- ▶ Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig über mindestens 1 Jahr Cortison-Präparate ein?  
z.B. wegen Allergie, Rheuma, Asthma, wegen einer Transplantation  Ja  Nein
- ▶ Spritzen Sie regelmäßig Heparin?  Ja  Nein
- ▶ Welche anderen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

Nur für **Frauen**:

- ▶ Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  Ja  Nein
- ▶ Haben bei Ihnen die Wechseljahre vor dem 45 . Lebensjahr eingesetzt  
oder mussten Ihre Eierstöcke entfernt werden?  Ja  Nein
- ▶ Nehmen Sie Hormone ein?
- ▶ Nehmen Sie Anti-Hormone ein (z.B. bei Brustkrebs Tamoxifen, Anastrozol)?  Ja  Nein

---

Nur für **Männer**:

- ▶ Hat Ihre Potenz in den letzten Jahren nachgelassen oder  
mussten Ihre Hoden entfernt werden?  Ja  Nein
- ▶ Fallen Ihnen zunehmend Achsel- und Schamhaare aus?  Ja  Nein

---

**Lebensgewohnheiten:**

- ▶ Nehmen Sie täglich Milch oder Jogurt zu sich?  Ja  Nein
- ▶ Essen Sie täglich ca. 2 Scheiben Käse?  Ja  Nein
- ▶ Trinken Sie täglich mehr als 2 Gläser eines alkoholischen Getränkes?  Ja  Nein
- ▶ Rauchen Sie? Wieviel? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

---

**Wie aktiv sind Sie körperlich?**

- ▶ Verlassen Sie (fast) täglich länger als 1 Stunde Ihre Wohnung zum  
Einkaufen oder Wandern, Radfahren, Gartenarbeit u.a.?  Ja  Nein
- ▶ Machen Sie regelmäßig (mind. 1 x wöchentlich) Gymnastik oder Sport?  Ja  Nein

---

**Fragen zum Sturzrisiko:**

- ▶ Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt?  Ja  Nein
  - ▶ Leiden Sie an Schwindel?  Ja  Nein
  - ▶ Hatten Sie einen Schlaganfall?  Ja  Nein
  - ▶ Sind Sie gehbehindert? Benutzen Sie eine Gehhilfe?  Ja  Nein
-

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit der Erfassung dieser Daten in der Praxisdokumentation bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_