**Fragebogen zur Osteoporoseabklärung**

**Patientendaten:**

**Bitte alle Seiten vollständig ausfüllen und zum Termin in die Praxis mitbringen.**

|  |
| --- |
|  |
| Hat Ihre **Mutter** oder Ihr **Vater** einen **Oberschenkelbruch (Hüftbruch)** erlitten? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Haben Sie selbst **Knochenbrüche** nach einem Sturz aus Stehhöhe erlitten? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, in welchem Alter? | ........................................................... |
| Welcher Knochen | ........................................................... |
| Wie war Ihre **maximale Körpergrösse** (Passgrösse)? | ................... cm |
| Nehmen Sie **Kortison-Tabletten (Spiricort, Prednison)** ein? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, in welcher Dosierung und seit wann? | ........................................................... |
| Nehmen Sie **Medikamente gegen Osteoporose** (z. B. Calcimagon, Vitamin D, Aclasta/Zoledronat, Ibandronat, Alendronat, Forsteo/Teriparatide, Evenity/Romosozumab) oder andere Medikamente ein? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, welche – seit wann? | ........................................................... |
| **Rauchen** Sie täglich > 10 Zigaretten/Tag? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Trinken sie mehr als 3 Gläser **Wein** oder 1 Liter **Bier** pro Tag? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Leiden Sie an einer **Überfunktion der Nebenschilddrüse**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Nehmen Sie regelmässig **antiepileptische Medikamente** ein (Phenytoin, Tegretol/Carbamazepin)? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, wie oft? | ........................................................... |
| Wurden bei Ihnen **Magen-/Darmgeschwüre** diagnostiziert? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Leiden Sie an einer **entzündlichen Darmerkrankung** (z. B. Morbus Crohn, Collitis ulcerosa, Zöliakie)? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Spritzen Sie sich aufgrund eines Diabetes mellitus regelmässig **Insulin**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Leiden Sie an einer **rheumatoiden Arthritis** (Polyarthritis)  | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Leiden Sie an einer **Spondyloarthritis** (Morbus Bechterew, Polymyalgia rheumatica)? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Leiden Sie an einer COPD-Erkrankung? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Leiden Sie an einer **schweren chronischen Nierenfunktionsstörung/** **Niereninsuffizienz** (Kreatinin-Clearance < 30 ml/Min)?  | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Sind Sie **im vergangenen Jahr gestürzt**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, wie oft? | ........................................................... |
| Grund (Stolpern, Schwindel)? | ........................................................... |
| **Bewegen** Sie sich wenig, **sitzen** Sie viel oder **liegen** Sie auch tagsüber viel und verlassen Ihre Wohnung selten? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Halten Sie sich täglich **mindestens 30 Minuten im Freien** auf? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Wieviel **Milch** (Sojamilch, Hafermilch, Mandelmilch) trinken Sie **pro Woche**? | ............ dl |
| Wieviel **Joghurt** (180 g) essen Sie **pro Woche**? | ............ Becher |
| Wieviel **Quark** (100 g) essen Sie **pro Woche**? | ............ Becher |
| Wie oft **pro Woche** essen Sie **Hartkäse**? (Emmentaler, Greyerzer etc.) |
| Kleine Portion 20 g | ............ Portionen |
| Mittlere Portion 30 g | ............ Portionen |
| Grosse Portion 50 g | ............ Portionen |
| Wie oft **pro Woche** essen Sie **Weichkäse**? (Camembert, Brie, Ziegenkäse etc.) |
| Kleine Portion 20 g | ............ Portionen |
| Mittlere Portion 30 g | ............ Portionen |
| Grosse Portion 50 g | ............ Portionen |
| Wie oft **pro Woche** essen Sie **Frischgemüse**? (inkl. Salat, Gemüsesuppe) |
| Kleine Portion 75 g | ............ Portionen |
| Mittlere Portion 150 g | ............ Portionen |
| Grosse Portion 250 g | ............ Portionen |
| Wieviel **Scheiben Brot** (50 g = dünne Scheibe) essen Sie durchschnittlich **pro Tag**? | ............ Scheiben |
| Wieviel Reihen **Milchschokolade** essen Sie **pro Woche**? | ............ Reihen |
| Wieviel **Leitungswasser/Tee** trinken Sie pro Tag | ............ dl |
| Wieviel **Mineralwasser** trinken Sie pro Tag? | ............ dl |
| Welche Marke? | ........................................................... |
|  |
| **Nur von Frauen zu beantworten** |
| Haben Sie eine regelmässige **Monatsblutung**? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| In welchem Alter kamen Sie in die **Wechseljahre/Menopause**? | ............ Jahre |
| Stehen Sie unter einer **Hormonbehandlung**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie ein (z.B. Arimidex, Aromasin, Femara)? | ........................................................... |
| Wurde bei Ihnen die **Gebärmutter entfernt**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, wann? | ........................................................... |
| Wurde bei Ihnen die **Eierstöcke entfernt**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Wenn ja, wann? | ........................................................... |
| Leiden oder litten Sie an **Brustkrebs**? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Kommt in Ihrer **Familie Brustkrebs** gehäuft vor? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Haben Sie **Venenthrombosen** durchgemacht? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Haben Sie **Lungenembolien** durchgemacht? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
|  |
| **Nur von Männern zu beantworten** |
| Hat Ihre **Körperbehaarung** abgenommen? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Haben Sie eine Abnahme der **Hodengrösse** bemerkt? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Ist Ihnen ein **Brustwachstum** aufgefallen? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Hat Ihre **Sexualfunktion** abgenommen? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

**. Patientendaten**

.

.

|  |
| --- |
| **Wichtige Hinweise zur Knochendichtemessungen DEXA*** Falls die Vorgaben der Krankenkasse zur Kostenübernahme der Knochendichtemessung nicht erfüllt sind, können für Sie Kosten von ca. CHF 80.- anfallen.

**Vorbereitung** für die Knochendichtemessung:* Für die Untersuchung müssen alle Kleidungsstücke mit Metall ausgezogen werden (BH-Bügel/-Verschluss, Korsagen, Druckknöpfe, Metallknöpfe, Reissverschluss etc.).
* Schmuck an Kopf, Ohren und Finger dürfen belassen werden.
* Wenn Ihnen das An- und Ausziehen Mühe bereitet, kommen Sie bitte mit metallfreier, legerer Kleidung zur Untersuchung (Frauen evtl. mit Unterhemd oder Soft-BH; ohne BH mit Verschluss, Korsage oder Body).
* Bitte entfernen Sie Piercings am Bauch und im Intimbereich VOR der Untersuchung.

Die Knochendichtemessung ist **NICHT möglich**, …* wenn bei Ihnen innerhalb der letzten 7 Tage vor dem DEXA-Termin eine Kontrastmitteluntersuchung mittels Röntgen oder CT durchgeführt worden ist.
* wenn Sie **schwanger** sind.
* Bitte **rufen Sie uns gegebenenfalls an**, um den Termin abzusagen/zu verschieben und das weitere Vorgehen zu besprechen! – **Telefon 031 330 17 77**
 |

|  |
| --- |
| **Einverständniserklärung**Ich habe die obigen Informationen gelesen und zur Kenntnis genommen, meine Fragen wurden mir beantwortet und ich bin mit der vorgeschlagenen Untersuchung und den Kostenfolgen einverstanden. |
| Datum:       | Unterschrift:       |