**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: |