



Patientenetikett

Alter _____ Jahre
Gewicht _____ kg
Körpergröße aktuell _____ cm
Körpergröße früher _____ cm

RISIKOFRAGEBOGEN

Erfassung des Knochenbruchrisikos

Hatte Ihre Mutter/Ihr Vater einen Oberschenkelhalsbruch? ja nein
 Rauchen Sie? ja nein
 Leiden Sie an einer chronischen Lungenerkrankung (z.B. COPD)? ja nein
 Sind Sie in den letzten 12 Monaten mehrmals gestürzt? ja nein
 Frauen nach den Wechseljahren: In welchem Alter war Ihre letzte Regelblutung? _____ Jahre

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Cortison, Dosis: _____
- Blutzuckersenkendes Medikament (Glitazone)
- Anti-Östrogentherapie (Aromatasehemmer: Arimidex, Femara)
- Magenschutzpräparate (Pantozol, Omeprazol)?

Wurden Sie am Magen operiert? (Magenresektion?) ja nein

Liegt bei Ihnen eine der folgenden Grunderkrankungen vor? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Krebserkrankung: _____
- schwere Erkrankung mit erhöhtem Cortisolspiegel (Cushing Syndrom)
- Nebenschilddrüsenüberfunktion oder Tumor
- Wachstumshormonmangel
- rheumatoide Arthritis
- chronische Erkrankung des Dünndarms/Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)
- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenüberfunktion/ -unterfunktion
- Erkrankung der Wirbelsäule: Spondylitis ankylosans (M. Bechterew)
- erniedrigter Natriumspiegel im Blut



02000003 Aufnahme/Anamnese

Knochenbrüche

Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie einen Bruch erlitten haben von

- einem Wirbelkörper Wann? _____ Wie? Unfall Sturz
- Handgelenk / Unterarm _____ Unfall Sturz
- Oberschenkel / Oberschenkelhals _____ Unfall Sturz
- oder an anderer Stelle: _____ Unfall Sturz

Algorithmus-unabhängige Risikofaktoren

Erfassung der körperlichen Aktivität

- Verlassen Sie (fast) täglich Ihre Wohnung für mehr als eine Stunde? ja nein
- Versorgen Sie Ihren Haushalt weitgehend alleine? ja nein
- Benötigen Sie Hilfe beim Einkaufen? ja nein
- Treiben Sie regelmäßig Sport (mindestens 1x/Woche)? ja nein
- Sportart(en): _____

Erfassung des Sturzrisikos

- Stolpern Sie häufig? ja nein
- Ist Ihnen oft schwindelig? ja nein
- Sind Sie gehbehindert? ja nein
- Benutzen Sie eine Gehhilfe? ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Beruhigungs- oder Schlafmittel ein? ja nein

Ernährungsgewohnheiten/Medikamenteneinnahme

- Trinken Sie täglich ca. 1/2 Liter Milch oder essen 1 Becher Joghurt oder 2 Scheiben Käse? ja nein
- Haben Sie oft Durchfall oder vertragen Sie bestimmte Lebensmittel nicht? ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten gespeichert und vertraulich ausgewertet werden dürfen.

Datum ____ . ____ . ____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

