

## Checkliste Osteoporose

Sehr geehrte Patienten!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Jetzige Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Im Pass eingetragene Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Jetziges Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Bestand einmal Übergewicht oder Untergewicht ?  nein  ja

Bitte entsprechende Antworten ankreuzen!

1. Leiden Sie unter Rückenschmerzen z.B. bei Heben, Tragen, langem Stehen, Laufen oder Sitzen? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_  ja  nein
2. Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporose festgestellt?  ja  nein  unbekannt
3. Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporoseuntersuchung vorgenommen?  ja  nein  unbekannt
4. Haben Sie sich bei einem geringfügigen Unfall einen Knochen gebrochen  ja  nein  unbekannt
5. Hat jemand in Ihrer näheren Verwandtschaft Osteoporose?  
Wer: \_\_\_\_\_  ja  nein  unbekannt
6. a) Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?  ja  nein  unbekannt  
b) Haben oder hatten sie eine Schilddrüsenunterfunktion?  ja  nein  unbekannt  
c) Nehmen oder nahmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?  ja  nein  unbekannt  
Welche? \_\_\_\_\_
7. Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate ein, z.B. wegen Allergie oder Asthma?  ja  nein  unbekannt
8. Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit?  ja  nein  unbekannt
9. Waren oder sind Sie an einer der folgenden Erkrankungen betroffen?  ja  nein  unbekannt
  - Entzündliche Darmerkrankung
  - Gelenkrheumatismus

10. Wurde eine Chemotherapie bei Ihnen durchgeführt?  ja  nein  unbekannt
11. Nehmen oder nahmen Sie weibliche Geschlechtshormone?  
(ausgenommen Anti-Baby-Pille)  ja  nein  unbekannt
12. Erste Blutung mit \_\_\_\_\_ Jahren, letzte Blutung mit \_\_\_\_ Jahren  
Bestehen oder bestanden Unregelmäßigkeiten des Zyklus?  ja  nein  unbekannt  
Hat es einmal über einen längeren Zeitraum keine Regelblutung gegeben?  ja  nein  unbekannt  
Ist eine Gebärmutter- oder Eierstockentfernung vorgenommen worden?  ja  nein  unbekannt  
Hatten Sie selber Brustkrebs?  ja  nein  unbekannt  
Hat oder hatte Ihre Großmutter, Mutter oder Schwester Brustkrebs?  ja  nein  unbekannt  
Hat oder hatte Ihre Großmutter, Mutter oder Schwester Dickdarmkrebs?  ja  nein  unbekannt  
Ist es bei Ihnen oder in Ihrer Familie (Eltern oder Geschwister) bereits  
zu einer Thrombose gekommen?  ja  nein  unbekannt  
Haben Sie zur Zeit noch Hitzewallungen?  ja  nein  unbekannt  
Ist bei Ihnen eine Fettstoffwechselstörung bekannt?  ja  nein  unbekannt  
Ist in Ihrer Familie ein Fall von Morbus Alzheimer bekannt?  ja  nein  unbekannt
13. Medikamente, die momentan regelmäßig eingenommen werden:  
\_\_\_\_\_  ja  nein
14. Betreiben Sie regelmäßig Sport?  ja  nein  unbekannt
15. Jetziger Beruf bzw. jetzige häusliche Tätigkeit:  
 vorwiegend sitzende Tätigkeit  
 zeitweilig mit körperlicher Betätigung verbunden  
 vorwiegend körperliche Tätigkeit
16. Tabak-Konsum  nein, nie  bis 5  5-10 über  10 Zigaretten o. ä. pro Tag  
Seit 19 \_\_\_\_\_ bzw. über ca. \_\_\_\_\_ Jahre  Extraucher/in seit 19 \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam  
Dr. Lenk