

**Patient:**
**Geb.-Datum:**

## Wie hoch ist ihr Risiko einer Osteoporose-Erkrankung?

### Familiengeschichte und persönliche Krankheitsgeschichte

 Hatten Ihrer Mutter oder Ihr Vater eine Hüftfraktur?  Ja  Nein

### Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Fraktur?

Wirbelfraktur(en) im letzten Jahr	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wirbelfraktur(en) >12 Monate Zeitabstand	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hüftfraktur im letzten Jahr	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hüftfraktur >12 Monate Zeitabstand	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beckenfraktur	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Handgelenksfraktur	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Oberarmfraktur (Humerusfraktur)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

 Hatten Sie bereits selbst nach einem geringfügigen Stoß oder nach einem leichten Sturz einen Knochenbruch?  Ja  Nein

 Hat Ihre Körpergröße in den letzten Jahren merklich abgenommen?  Ja  Nein

### Liegen folgende Erkrankungen bei Ihnen vor:

Depression/Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Demenz/M.Alzheimer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
M.Parkinson	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

 Nehmen Sie Opiode ein?  Ja  Nein

 Geschäftsführer:  
Matthias Becker

 Prokurist:  
Mirko Rücker

 Bankverbindung:  
Mittelbrandenburgische Sparkasse

 Im Verbund der  
**Diakonie**

IBAN DE56 1605 0000 3660 0042 26

BIC WELADED1PMB

### **Körperliche Verfassung / Krankheiten**

- Haben Sie Untergewicht (Body Mass Index <20) oder in der letzten Zeit deutlich an Gewicht verloren?  Ja  Nein
- Abnahme der Körpergröße um mehr als 7cm (in den letzten 10 Jahren)  Ja  Nein
- Haben Sie jahrelang keinerlei sportliche bzw. körperliche Aktivitäten ausgeübt?  Ja  Nein
- Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen?  Ja  Nein
- Eingeschränkte Gehfähigkeit (unter 100m ohne Pause)  Ja  Nein
- Leiden Sie an einer chron. obstruktiven Lungenerkrankung? (COPD,Asthma)  Ja  Nein
- Rauchen Sie regelmäßig?  Ja  Nein
- Gehen Sie selten aus dem Haus oder ist Ihre Haut durch die Bekleidung fast nie der Sonnenstrahlung ausgesetzt?  Ja  Nein
- Reagieren Sie auf Milchprodukte allergisch (Laktose Unverträglichkeit)?  Ja  Nein
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?  Ja  Nein

### **Weitere Erkrankungen**

- chronische Herzinsuffizienz  Ja  Nein
- Niereninsuffizienz (ab Stadium3)  Ja  Nein
- Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS)  Ja  Nein
- Einnahme von Protonenpumpenhemmer >3 Monate (z.B.Omeprazol,Pantoprazol)  Ja  Nein

### **Rheumatologie und Glukokortikoide**

- axiale Spondyloarthritis  Ja  Nein
- Rheumatoide Arthritis  Ja  Nein
- Haben Sie schon einmal länger als 3 Monate, Kortikosteroide als Tabletten und/oder Spritzen bekommen? (z.B. Kortison, Prednisolon)  Ja  Nein
- mehr als 7,5 mg/Tag  Ja  Nein

Geschäftsführer:  
Matthias Becker

Prokurist:  
Mirko Rücker

Bankverbindung:  
Mittelbrandenburgische Sparkasse

IBAN DE56 1605 0000 3660 0042 26

BIC WELADED1PMB

Im Verbund der  
**Diakonie** 

### Endokrinologie

---

Diabetes TypI	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes TypII, wenn ja, seit wann: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Überfunktion der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Überfunktion der Nebenschilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Überproduktion von Cortisol (Hypercortisolismus/Cushing Syndrom)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Ernährung

---

Haben Sie eine Unverträglichkeit gegenüber Getreide-Eiweiß (Zöliakie) oder eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (z.B. Morbus Crohn) oder leiden Sie an Magersucht (Anorexia nervosa) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Speziell für Frauen

---

Traten bei Ihnen die Wechseljahre (Aufhören der Regelblutung) vor dem Alter von 45 Jahren ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden die Eierstöcke vor dem 45.Lebensjahr entfernt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie mit Antihormonen (Aromatasehemmern) behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Speziell für Männer

---

Haben Sie an sich Anzeichen eines niedrigen Testosteron-Spiegels bemerkt (z.B. schwächer werdender Bartwuchs, sexuelle Lustlosigkeit, Impotenz)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Anti-Hormonbehandlung nach Prostatakarzinom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Geschäftsführer:  
Matthias Becker

Prokurist:  
Mirko Rücker

Bankverbindung:  
Mittelbrandenburgische Sparkasse  
IBAN DE56 1605 0000 3660 0042 26  
BIC WELADED1PMB

Im Verbund der  
**Diakonie** 