

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

 Ja Nein

Wirbelfraktur(en) >12 Monate Zeitabstand

 Ja Nein

Hüftfraktur im letzten Jahr

 Ja Nein

Hüftfraktur >12 Monate Zeitabstand

 Ja Nein

Beckenfraktur

 Ja Nein

Handgelenksfraktur

 Ja Nein

Oberarmfraktur (Humerusfraktur)

 Ja 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

 Ja Nein

Epilepsie

 Ja Nein

Demenz/M.Alzheimer

 Ja Nein

M.Parkinson

 Ja Nein

Multiple Sklerose

 Ja Nein

Schlaganfall

 Ja Nein

Nehmen Sie Opiode ein?

 Ja Nein

Geschäftsführer:

Matthias Becker

Prokurist:

Mirko Rücker

Bankverbindung:

Mittelbrandenburgische Sparkasse

IBAN DE56 1605 0000 3660 0042 26

BIC WELADED1PMB

Im Verbund der



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 