

Fragebogen für Patient:innen

	Ja	Nein
Gibt es jemand mit Osteoporose in Ihrer Familie?		
Hatte Ihre Mutter/ Ihr Vater einen Schenkelhalsbruch?		
Trinken Sie täglich mehr als 2 Gläser eines alkoholischen Getränkes?		
Rauchen Sie?		
Hatten Sie jemals eine Thrombose?		
Hatten Sie jemals eine Bestrahlung des Knochens?		
Hatten Sie einen Herzinfarkt/ Schlaganfall?		
Sind bei Ihnen Störungen der Nierenfunktion bekannt?		
Leiden Sie an einer rheumatischen Erkrankung?		
Brauchten Sie jemals länger als 3 Monate Kortison zum Schlucken?		
Haben Sie Probleme mit den Zähnen oder hatten Sie Operationen am Kieferknochen?		
Sind Sie innerhalb der letzten 12 Monate gestürzt?		
Hatten Sie schon eine Osteoporose- Therapie?		
Essen Sie täglich Milchprodukte (z.B.Käse, Joghurt,...) oder grünes Gemüse?		

Frauen: Wie alt waren Sie bei der letzten Regelblutung?_____

Hatten Sie Hormonersatztherapie?____

Was war Ihre maximale Körpergröße?_____

Hatten Sie in den letzten Jahren ein Wirbelsäulen- Röntgen?____
(Befunde wenn möglich bitte mitbringen.)

Hatten Sie jemals einen Knochenbruch?_____

Wenn ja, in welchem Jahr?

Wirbelkörper_____ Schenkelhals_____ Unterschenkel_____ Oberarm_____

Unterarm____ andere Knochen_____