

Fragebogen zur Osteoporoseabklärung für Rheumatologie Wolhusen

Patientenangaben	Vorname/Name Strasse/Nr. PLZ/Ort Geburtsdatum
------------------	--

Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelbruch erlitten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie selbst nach dem 40. Lebensjahr Knochenbrüche bei einem Sturz aus Stehhöhe erlitten? Welcher Knochen:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Kortison ein? Wenn ja, in welcher Dosierung? Seit wann?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein? Wenn ja, welche? Von wann bis wann?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie täglich (>10 Zigaretten?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen mehrfach Nierensteine diagnostiziert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Colitis ulcerosa, Zöliakie oder an einem Morbus Crohn?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Magen-Bypass-Operation?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie im vergangenen Jahr gestürzt? Wenn ja, wie oft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Anorexie, oder haben Sie unter Anorexie gelitten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Nur für Frauen zu beantworten

Sind Sie in der Menopause? Wenn ja, seit welchem Alter? mit Jahren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Hormone zur Therapie von Menopausenbeschwerden ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Müssen Sie wegen Brustkrebs eine antihormonelle Therapie einnehmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>