

Name: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

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

Gewicht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Frühere Größe: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?

Ja  Nein

## Osteoporose-Risikofaktoren:

### Vom Patienten auszufüllen:

Osteoporose ist bekannt

Ja  Nein

Wenn „Ja“ seit wie vielen Jahren \_\_\_\_\_

In den Wechseljahren

Ja  Nein

Wenn „Ja“ seit wie vielen Jahren \_\_\_\_\_

Osteoporose in der Familie

Ja  Nein

Starke, akute Rückenschmerzen

Ja  Nein

Ausreichende Bewegung

Ja  Nein

Besteht eine Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit

Ja  Nein

Sind Sie in den letzten Jahren zwei oder mehrmals gestürzt  
ohne ersichtlichen Grund

Ja  Nein

Regelmäßiger Alkoholkonsum

Ja  Nein

Sind sie Raucher?

Ja  Nein

Zu wenig Milchprodukte in der Ernährung

Ja  Nein

Laktoseunverträglichkeit

Ja  Nein

Diabetes mellitus Typ 1

Ja  Nein

Sind Sie an der Brust operiert

Ja  Nein

Operationen an der Wirbelsäule

Ja  Nein

Operationen an der Hüfte

Ja  Nein

- Bitte wenden -

## Anamnesebogen zur Knochendichtemessung

Sonstige Operationen  Ja  Nein  
 Wenn „Ja“ welche \_\_\_\_\_

Einnahme von Schilddrüsenhormontabletten bei  
 Schilddrüsenüberfunktion  Ja  Nein

Sonstige Hormonerkrankungen  Ja  Nein  
 Wenn „Ja“ welche \_\_\_\_\_

Einnahme von Antiepileptika  Ja  Nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?  Ja  Nein  
 Wenn „Ja“ welche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits Knochenbrüche?  Ja  Nein  
 Wenn „Ja“ bitte ausfüllen:

Welches Körperteil	Ursache	Jahr

Vom Arzt auszufüllen:

Einnahme von Kortisonpräparaten  Ja  Nein  
 sicher pathogene Langzeitdosis (>7,5mg/d Prednison-Äquivalent)  Ja  Nein

Einnahme von Aromatasehemmern  Ja  Nein

Erhöhtes Sturzrisiko  Ja  Nein

Abnahme der Körpergröße (>4cm seit dem 25.Lebensjahr oder in jüngster Zeit)  Ja  Nein

Gewichtsabnahme (>10% seit dem 25.Lebensjahr oder in jüngster Zeit)  Ja  Nein

BMI (= Körpergewicht : (Körpergröße in m)<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

**Indikation zur Untersuchung (klinische Angaben):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes