

Fragebogen Osteoporose

Name, Vorname: _____

 Alter: _____ Alter der letzten Regelblutung: _____ männlich: weiblich: divers:

Leiden Sie an:

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| Morbus Bechterew (Wirbelsäulen-Rheumatismus) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie oder Parkinson | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Allergien, wenn ja welche? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> _____ |
| Asthma bronchiale | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes I oder II | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> _____ |
| Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> Medik.: _____ |
| Hormonbehandlung bei Brustkrebs (Aromatasehemmer) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hormonbehandlung bei Prostatakrebs (Antiandrogene) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ich werde wegen einer Depression mit Tabletten beh. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Magen Operation / Entfernung des Magens | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Schwangerschaft | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Knochenbrüche nach dem 50. Lebensjahr | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> Körperregion: _____ |
| Ich bin/war langjährige/r Raucher/in | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> Wie lange u. wie viel? _____ |
| Meine Eltern haben/ hatten eine Schenkelhalsfraktur | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Familiäre Osteoporose bekannt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme Kortison-/Prednisolon-Präparate ein | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> was u. wofür: _____ |
| Ich achte auf meine Kalziumzufuhr (z.B. durch Milch, Käse,...) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ich ernähre mich vegetarisch/vegan. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme fast tgl. Beruhigungs- und/oder Schlafmittel | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> Medik.: _____ |
| Ich nehme schon mehrere Jahre Tabl. gegen Sodbrennen ein | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> Medik.: _____ |

Bitte legen Sie uns ihren aktuellen Medikamentenplan vor.

Ich bin damit einverstanden, dass der Dateninhalt meiner Chipkarte sowie die in Zusammenhang mit meiner Behandlung stehenden Daten, computergestützt und praxisintern erfasst werden. Bitte unterzeichnen Sie zum Zeichen Ihres Einverständnisses mit der automatischen Erfassung Ihrer Daten diese Erklärung.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erstellt am: 30.03.2022	Geprüft am: 30.03.2022	Freigegeben am: 30.03.2022
Erstellt von: NK	Geprüft von: JG	Freigegeben von: JG
Seite 1 von 1	Version 1.1	Datei:Fragebogen Osteoporose