



kleines
Patientenetikett

Alter: _____ Jahre

Gewicht _____ kg

Körpergröße aktuell: _____ cm

Körpergröße früher: _____ cm

BMI: _____ kg/m² (≤ 15 [2,2; 2,0→2,9], 15-18,5 [1,7; 1,6→2,0], $\geq 18,5$ [1,3; 1,3→1,4])

Frauen: Haben Sie noch regelmäßig Ihre Regelblutung? ☐ nein ☐ ja

Wenn nicht, mit wie vielen Jahren war die letzte Regelblutung? _____ Jahre

Wenn ja: sind Sie schwanger/könnten Sie aktuell schwanger sein? ☐ nein ☐ ja

Risikofragebogen Osteoporose

([70J; 50→90J], *Risikoindikator für Basisdiagnostik, **wichtige Kontraindikation)

Knochenbrüche

Hatte Ihr Vater oder Ihre Mutter vor dem 75. Lebensjahr einen Oberschenkelhalsbruch?

☐ nein ☐ ja [1,3; 1,2→1,5]

Bitte listen Sie hier Ihre bisherigen Knochenbrüche auf (außer Finger, Zehen, Schädel)*:

Jahr	Welcher Knochen war gebrochen	Auslösendes Ereignis

- ☐ Oberarmbruch [1,7]
☐ Unterarmbruch [1,6; 1,5→1,7]
☐ Beckenbruch [1,7; 1,5→2,2]
☐ Oberschenkelbruch [2,5; 2,4→2,8] ☐ im letzten Jahr [4,1; 3,8→5,1]
☐ Wirbelkörperbruch ☐ 1 [2,0] ☐ 2 [2,9; 3,0→2,5] ☐ ≥ 3 [5,0; 5,4→3,8]
☐ 1 [2,0] ☐ ≤ 2 [2,9; 3,0→2,5] ☐ 3 [5,0; 5,3→4,1]
☐ im letzten Jahr [2,9; 3,0→2,5]

Vorerkrankungen

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Seit wann?

Liegt eine / liegen mehrere folgender Erkrankungen bei Ihnen vor?

Endokrinologie

Diabetes mellitus Typ 1 ☐ nein ☐ ja [2,5; 2,2→3,3]

Diabetes mellitus Typ 2 ☐ nein ☐ ja
wenn ja, seit wie vielen Jahren? _____ 5-10J [1,1; 1,1→1,3], >10J [1,6; 1,4→2,0]

Schilddrüsenüberfunktion ☐ nein ☐ ja
TSH<0,1 [1,2; 1,2→1,4]
TSH≤0,45 [1,2; 1,2→1,3]



Erhöhtes Kalzium im Blut (pHPT) ☐ nein ☐ ja [2,2; 2,4→1,5]
 Erhöhtes Cortisol (subklinisch oder Cushing) ☐ nein ☐ ja*
 Magenresektion/bariatrische Operation ☐ nein ☐ ja*/**
 Wachstumshormonmangel b. Hypophyseninsuff. ☐ nein ☐ ja*
 Testosteronmangel ☐ nein ☐ ja*

Rheumatologie/Gastroenterologie:

Rheumatoide Arthritis (G) ☐ nein ☐ ja [2,7; 2,7→2,5]
 M. Bechterew (Spondylitis ankylosans) (G) ☐ nein ☐ ja [1,6; 1,7→1,3]
 Systemischer Lupus Erythematoses ☐ nein ☐ ja*
 Glutenunverträglichkeit (Zöliakie) ☐ nein ☐ ja*
 Morbus Crohn / Colitis ulcerosa ☐ nein ☐ ja*
 Erkrankung/Operation Magen/Speiseröhre ☐ nein ☐ ja**

Onkologie/Hämatologie/Infektiologie

MGUS (monoklonale Gammopathie) ☐ nein ☐ ja [2,0; 2,1→1,7]
 Wurden Sie bereits bestrahlt? ☐ nein ☐ ja**
 HIV ☐ nein ☐ ja*

Kardiologie/Nephrologie

Chronische Niereninsuffizienz (CKD 3a, 3b, 4) ☐ nein ☐ ja [1,6; 1,5→1,8]
 Herzinsuffizienz, chronisch ☐ nein ☐ ja [1,5]
 Herzinfarkt ☐ nein ☐ ja**
 Thrombose/Lungenarterienembolie ☐ nein ☐ ja**

Geriatric/Neurologie/Stürze (S)

Multiple Sklerose ☐ nein ☐ ja [2,1; 2,0→2,7]
 Depression/Antidepressiva ☐ nein ☐ ja [1,3]
 Epilepsie/Epilepsiemedikation ☐ nein ☐ ja [1,2; 1,2→1,4]
 Schlaganfall (S) ☐ nein ☐ ja** [1,6; 1,4→2,0]
 Morbus Parkinson (S) ☐ nein ☐ ja [1,7; 1,5→2,2]
 Demenz/Morbus Alzheimer (S) ☐ nein ☐ ja [1,6; 1,5→2,1]
 Erniedrigtes Natrium im Blut (chronisch) (S) ☐ nein ☐ ja [1,4; 1,3→1,7]
 Immobilität (S) ☐ nein ☐ ja [1,7; 1,7→1,8]
 Sturz/Stürze (S) 1 im letzten Jahr ☐ nein ☐ ja [1,6]
 >1 im letzten Jahr ☐ nein ☐ ja [2,0; 1,9→2,1]

Medikamente:

Aktuelle Medikamente:

Name	Dosis	Morgens	Mittags	Abends
☐ Vitamin D				

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente regelmäßig ein oder haben dies früher regelmäßig eingenommen?

(G) Kortison (Präparatname, Dosis, Dauer, bis wann) ☐ nein ☐ ja
☐ <2,5mg/d [1,4; 1,4→1,2], ☐ 2,5-7,5 mg/d [2,3; 2,3→2,0] ☐ >7,5mg/d [4,0; 4,3→3,0]
☐ >7,5mg/d begonnen/erhöht im letzten Jahr [4,9; 5,4→3,4]



Magenschutzpräparate (PPI) > 3 Monate
 Antidepressiva
 Epilepsie-Medikamente
 Schilddrüsenhormon (L-Thyroxin)

☐ nein ☐ ja
☐ nein ☐ ja
☐ nein ☐ ja
☐ nein ☐ ja

[1,4]
 [1,3]
 [1,2; 1,2→1,4]
 TSH<0,1 [1,2; 1,2→1,4]
 TSH≤0,45 [1,2; 1,2→1,3]
 [1,4; 1,3→1,7]

Morphin-haltige Schmerzmittel (Opiode) (S)
 Aromataseinhibitoren / Antihormontherapie

☐ nein ☐ ja
☐ nein ☐ ja*

Haben Sie schon einmal allergisch auf ein Medikament oder ein Kontrastmittel reagiert?

☐ nein ☐ ja (Wenn ja: welches Medikament, welche Reaktion, welches Jahr?)

Lebensgewohnheiten

Rauchen (R) Sie?
 und/oder haben Sie (R, G) eine COPD/Raucherlunge?

☐ nein ☐ ja
☐ nein ☐ ja

[1,5]
 [1,3]

Trinken Sie regelmäßigen Alkohol (ca. 2,5 Drinks/Tag)?

☐ nein ☐ ja

[1,9; 1,9→1,8]

Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?

☐ nein ☐ ja

Wie oft? Wann zuletzt? Sind Eingriffe geplant?

Haben Sie Durchfall/Lebensmittelunverträglichkeiten?

☐ nein ☐ ja

Trinken Sie täglich ca. ½ Liter Milch oder essen

1 Becher Joghurt- oder 2 Scheiben Käse?

☐ nein ☐ ja

Treiben Sie regelmäßigen Sport (mind. 1x/Woche)?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welchen? Wie oft? _____

Muskelschwund/Sarkopenie

Gesamtscore: _____ ≥4 Punkte: erhöhtes Sarkopenierisiko

Bereich	Frage	Antwort (Punktwert)
Kraft	Wie schwer fällt es Ihnen, ca. 5 kg* zu heben und zu tragen? (*ein halber Wasserkasten oder ein kleiner Sack Kartoffeln)	☐ nicht schwer (0) ☐ etwas schwer (1) ☐ sehr schwer oder nicht möglich (2)
Gehen	Wie schwer fällt es Ihnen, auf Zimmerebene umher zu gehen?	☐ nicht schwer (0) ☐ etwas schwer (1) ☐ sehr schwer, benötige Hilfsmittel oder nicht möglich (2)
Aufstehen	Wie schwer fällt es Ihnen, vom Stuhl oder Bett aufzustehen?	☐ nicht schwer (0) ☐ etwas schwer (1) ☐ sehr schwer oder nicht möglich ohne Hilfe (2)
Treppensteigen	Wie schwer fällt es Ihnen, eine Treppe mit 10 Stufen zu steigen?	☐ nicht schwer (0) ☐ etwas schwer (1) ☐ sehr schwer oder nicht möglich (2)
Stürze	Wie oft sind Sie im letzten Jahr gestürzt?	☐ kein Sturz (0) ☐ 1 - 3 Stürze (1) ☐ 4 oder mehr Stürze (2)

Untersuchungsergebnisse:

Max. Handkraft _____ kg (>16 kg (Frauen)/>27 kg (Männer))

Chair-Rising-Test (CRT) _____ Sek (<15 Sek)

Timed-Up-and-Go (TUG) _____ Sek (<12 Sek) (S) ☐ >12 Sek [1,8; 1,6→2,4]

Ganggeschwindigkeit _____ m/s (≤0,8 m/s)

TBS Z-Score _____ SD ☐ -1,0 [1,3] ☐ -1,5 [1,4]

☐ -2,0 [1,6] ☐ -2,5 [1,8]

02070002 Anamnese



Datum, Unterschrift Patient*in