



kleines
Patientenetikett

Alter: _____ Jahre

Gewicht _____ kg

Körpergröße aktuell: _____ cm

Körpergröße früher: _____ cm

Geschlecht ☐ w ☐ m

→ Frauen: letzte Regelblutung? _____

Sind Sie schwanger oder könnten Sie aktuell schwanger sein? ☐ Ja ☐ Nein

Risikofragebogen Osteoporose

Erfassung des Knochenbruchrisikos

Hatte Ihre **Mutter / Ihr Vater** einen **Oberschenkelhalsbruch**? ☐ ja ☐ nein

Knochenbrüche

Bitte kreuzen Sie an, wenn **Sie** einen Bruch erlitten haben von

einem Wirbelkörper	☐ ja ☐ nein	Wann? _____	Wie? ☐ Unfall ☐ Sturz
Handgelenk / Unterarm	☐ ja ☐ nein	_____	☐ Unfall ☐ Sturz
Oberschenkel / Oberschenkelhals	☐ ja ☐ nein	_____	☐ Unfall ☐ Sturz
oder an anderer Stelle:	☐ ja ☐ nein	_____	☐ Unfall ☐ Sturz

Liegt bei Ihnen eine der folgenden **Grunderkrankungen** vor?

Herzinsuffizienz?	☐ ja ☐ nein
chronischen Lungenerkrankung (z. B. COPD)	☐ ja ☐ nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ ja ☐ nein
Krebserkrankung: _____	☐ ja ☐ nein
erhöhter Cortisolspiegel (Cushing Syndrom)	☐ ja ☐ nein
Nebenschilddrüsenüberfunktion oder Tumor	☐ ja ☐ nein
Wachstumshormonmangel	☐ ja ☐ nein
rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus Erythematodes	☐ ja ☐ nein
chronische Erkrankung des Dünndarms / Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)	☐ ja ☐ nein
Diabetes mellitus	☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenüberfunktion / -unterfunktion	☐ ja ☐ nein
Klinefeltersyndrom	☐ ja ☐ nein
Schizophrenie	☐ ja ☐ nein
Depression	☐ ja ☐ nein
Schlaganfall (apoplektischer Insult)	☐ ja ☐ nein
Alzheimer Erkrankung	☐ ja ☐ nein
Morbus Parkinson	☐ ja ☐ nein



02180002 DXA - Fragebogen

- Erkrankung der Wirbelsäule: Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) ☐ ja ☐ nein
- erniedrigter Natriumspiegel im Blut ☐ ja ☐ nein
- Thrombose oder Lungenembolie [Kontraindikation SERM] ☐ ja ☐ nein
- Erkrankung des Magens oder der Speiseröhre [Kontraindikation Bisphosphonate] ☐ ja ☐ nein
- Wurden Sie schon einmal bestrahlt? (Bsp. bei Brustkrebs) [Kontraindikation Teriparatid] ☐ ja ☐ nein
- Niereninsuffizienz ☐ ja ☐ nein

Medikamente:

Aktuelle Medikamente:

Name	Dosis	morgens	mittags	abends

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

- Cortison; Präparatname, Dosis _____ ☐ ja ☐ nein
- Blutzuckersenkendes Medikament (Glitazone) ☐ ja ☐ nein
- Anti-Östrogentherapie (Aromatasehemmer: Arimidex, Femara) ☐ ja ☐ nein
- Magenschutzpräparate (Pantozol, Omeprazol) ☐ ja ☐ nein
- Antidepressiva ☐ ja ☐ nein
- Opioide ☐ ja ☐ nein
- Antiepileptika ☐ ja ☐ nein
- Beruhigungs- oder Schlafmittel ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie schon einmal allergisch auf ein Medikament oder ein Kontrastmittel reagiert? ☐ ja ☐ nein

Ernährungsgewohnheiten

- Trinken Sie täglich ca. ½ Liter Milch oder essen 1 Becher Joghurt oder 2 Scheiben Käse? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie oft Durchfall oder vertragen Sie bestimmte Lebensmittel nicht? ☐ ja ☐ nein
- Trinken Sie regelmäßig (täglich) Alkohol (z. B. Bier oder Wein)? ☐ ja ☐ nein
- Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? ☐ ja ☐ nein
- Gehen Sie regelmäßig zum **Zahnarzt**? Wie oft? Wann zuletzt? ☐ ja ☐ nein
- Sind Eingriffe geplant? _____



Erfassung der körperlichen Aktivität

- Verlassen Sie (fast) täglich Ihre Wohnung für mehr als eine Stunde? ☐ ja ☐ nein
- Versorgen Sie Ihren Haushalt weitgehend alleine? ☐ ja ☐ nein
- Benötigen Sie Hilfe beim Einkaufen? ☐ ja ☐ nein
- Treiben Sie regelmäßig Sport (mindestens 1x/Woche)? ☐ ja ☐ nein
- Sportart(en): _____

Erfassung des Sturzrisikos

- Stolpern Sie häufig? ☐ ja ☐ nein
- Ist Ihnen oft schwindelig? ☐ ja ☐ nein
- Sind Sie gehbehindert? ☐ ja ☐ nein
- Benutzen Sie eine Gehhilfe? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Schmerzen beim Gehen? ☐ ja ☐ nein

Muskelschwund/Sarkopenie

Bereich	Frage	Antwort (Punktwert)
Kraft	Wie schwer fällt es Ihnen, ca. 5 kg* zu heben und zu tragen?	☐ 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)

*ein halber Wasserkasten oder ein kleiner Sack Kartoffeln

Gesamtscore: _____ ≥4 Punkte: erhöhtes Sarkopenierisiko

Datum, Unterschrift Patient

