

<u>Anamnese Frauen und Männer</u>			
<p>Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Bitte beantworten Sie folgende Fragen, die zur Beurteilung Ihrer Knochendichte und Ihres Osteoporoserisikos wichtig sind. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.</p>		<p>Name: Vorname: Geb.-Datum: Körpergröße: Körpergewicht:</p>	
Bitte entsprechende Antwort ankreuzen, ggf. <u>Antwort unterstreichen</u> :			
Klinik			
01.	Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Benötigen Sie Schmerzmittel wie Opioide/Morphine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
02.	Haben Sie sich einen Knochen gebrochen? Wenn ja, Wann? Schenkelhalsbruch <input type="checkbox"/> Wirbelkörperbruch <input type="checkbox"/> distale Radiusfraktur <input type="checkbox"/> Oberarm <input type="checkbox"/> Becken <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
03.	Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt? wenn ja, wie oft? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diagnostik			
04.	Wurde bei Ihnen eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt? Brustwirbelsäule <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
05.	Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporose-Untersuchung vorgenommen? Wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
06.	Wurde bei Ihnen bereits eine Osteoporose festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Risikofaktoren			
07.	Haben bei Ihnen Mutter oder Vater einen Oberschenkelhalsbruch erlitten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
08.	Haben Sie einen Diabetes mellitus? Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> Typ II-insulinpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn Typ II, seit wieviel Jahren? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
09.	Rauchen Sie oder leiden Sie an einer chronischen Bronchitis oder COPD?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.	Haben Sie oder hatten Sie eine Schilddrüsen<u>über</u>funktion? Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Nebenschilddrüse bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.	Wurde eine Chemotherapie bei Ihnen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate ein? Wenn ja, wann zuletzt _____ in der Dosierung _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

13.	Waren oder sind Sie von einer chronisch-entzündlichen Gelenkerkrankung (z. B. Rheuma) oder von einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn/Colitis ulcerosa/Zöliakie) betroffen? (bitte untenstehend angeben) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14.	Leiden Sie an Herzschwäche? Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15.	Hatten Sie eine Magen-Operation? Wenn ja, welche? _____ Nehmen Sie Magenschutztabletten ein (z. B. Omeprazol)? Wenn ja, seit wann? Ist eine eingeschränkte Leberfunktion bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16.	Leiden Sie an Epilepsie oder müssen Sie Antikonvulsiva einnehmen? Leiden Sie an Depression oder nehmen Sie Antidepressiva ein? Nehmen Sie Schlafmittel ein? Wenn ja, welches? _____ Leiden Sie an multipler Sklerose? Leiden Sie an M.Parkinson? Haben Sie je einen Schlaganfall erlitten? Wenn ja, wann? _____ Wurde eine (beginnende) Demenz bei Ihnen diagnostiziert? Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Therapierelevant		
17.	Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18.	Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gynäkologie/Urologie		
19.	Wann kamen Sie in die Wechseljahre? mit _____ Jahren	Jahr _____
20.	Ist eine Gebärmutter- oder Eierstockentfernung vorgenommen worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21.	Nehmen oder nahmen Sie nach den Wechseljahren weibliche Geschlechtshormone?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22.	Hatten Sie selber Brust- oder Prostatakrebs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23.	Nehmen sie Aromastasehemmer oder Tamoxifen, bei Männern Antihormonspritzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Datum..... Unterschrift