

**Patientenfragebogen Osteologie**

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.: \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_  
 Faxnummer: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

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

Abnahme der Körpergröße in den letzten Jahren ?  
 (Vergleich vom Personalausweis mit aktueller Größe) \_\_\_\_\_ cm

**Haben Sie Osteoporose?**                      ja                      nein                      weiß nicht  
                                               

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wenn ja, hatten Sie schon Therapien?                      ja                      nein  
                         

**Bisherige Knochendichtemessungen:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Knochenbrüche (nach dem 50. Lebensjahr)?**                      ja                      nein  
                         

wenn ja, wie ist das geschehen? \_\_\_\_\_

**Stürze, Schwindel, Gangunsicherheit, eingeschränkte Gehfähigkeit?**                      ja                      nein

**Osteoporose oder Knochenbrüche  
bei Familienmitgliedern 1. Grades bekannt?**

ja                    nein  
O                    O

**Haben Sie Schmerzen?**

ja                    nein  
O                    O

wenn ja, wo und seit wann? \_\_\_\_\_

**Treffen bei Ihnen folgende Aussagen zu ?**

**Männer:**

Abnahme der Körperbehaarung                    ja                    nein  
O                    O

Impotenz, verändertes Sexualbedürfnis                    O                    O

Prostatakrebs                    O                    O

**Frauen:**

Hormontherapie (Antibabypille, Spirale, etc.)                    ja                    nein  
O                    O

Operative Eierstockentfernung                    O                    O

Brustkrebs                    O                    O

Alter bei Eintritt der Wechseljahre \_\_\_\_\_

Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen:**

Diabetes                    ja                    nein  
O                    O

Depressionen                    O                    O

Entzündlich rheumatische Erkrankungen/  
/ Erkrankungen der Gelenke?                    O                    O

Epilepsie/Parkinson/Demenz?                    O                    O

Asthma/COPD?                    O                    O

Darmerkrankungen (z.B. Zöliakie, M. Crohn,  
Colitis ulcerosa)?                    O                    O

Schilddrüsenerkrankungen?                    O                    O

Andere Erkrankungen des Hormonsystems?                    O                    O

Herzschwäche?                    O                    O

**sonstige Vorerkrankungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medikamente:**

	ja	nein
Kortison?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenhormone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente gegen Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magenschutzpräparate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaf-/Beruhigungsmittel, starke Schmerzmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente gegen Depression?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente gegen Brust-, Eierstock- oder Prostatakrebs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wassertabletten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutverdünner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**aktuelle Medikation / wenn vorhanden, bitte Medikamentenplan vorlegen:**

---

---

**Operationen:**

---

---

---

**Krankenhausaufenthalte in den letzten zwei Jahren (wann / warum?):**

---

---

**Allergien:**

ja                      nein  
                     

wenn ja, welche?

---

---

**Medikamentenunverträglichkeiten:**

ja                      nein  
                     

wenn ja, welche?

---

---

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten:**

ja            nein  
O            O

wenn ja, welche?

---

**Treiben Sie Sport?**

ja            nein  
O            O

wenn ja, welche Sportart und wie oft?

---

---

**Rauchen Sie?**

ja            nein  
O            O

wenn ja, wieviel und seit wann?

---

**Trinken Sie Alkohol?**

ja, regelmäßig    O  
ja, gelegentlich    O  
nein                    O

Haben Sie noch Fragen oder Wünsche an uns?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam