

Orthopädische Praxis Dr. med. Karsten Winkler

Töpferstraße 17, 02625 Bautzen

Tel.: 03591/328928

FAX: 03591/328895



Osteoporose – Risikofragebogen (Modifiziert nach DVO – REKO)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen **genau und vollständig**. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen zur Erkennung und Behandlung der Osteoporose.

Bei Unklarheiten oder Fragen wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal.

Name des Patienten:..... **geb. am:**.....

Alter:

Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es Osteoporose in der Familie?	<input type="checkbox"/> Ja wer?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Haben Ihre Eltern einen Schenkelhalsbruch erlitten?	<input type="checkbox"/> Ja wer?	In welchem Alter?: <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Sind diese Rückenschmerzen neu / haben sich akut verschlechtert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nur für Frauen:	Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Regel? Jahre	
Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen:		
- an einer Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja Welche?	Seit wann? <input type="checkbox"/> Nein
- Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?		Seit wann?
- an einer chron. Darmerkrankung (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Zöliakie)?	<input type="checkbox"/> Ja Seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein
- an einer entzündlichen Erkrankung der Gelenke/Wirbelsäule/ (z.B. Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew) Wie heißt ihre die Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja Seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein
- an einem Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Typ 2 <input type="checkbox"/> Ja Typ 1	Seit wann?
- an einer Depression?	<input type="checkbox"/> Ja Seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein
- eingeschränkter Nierenfunktion	<input type="checkbox"/> Ja Seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein
- Erhalten Sie eine Nierenersatztherapie (Dialyse)?	<input type="checkbox"/> Ja Seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein
- an einer chronischen Lungenerkrankung (COPD)?	<input type="checkbox"/> Ja Seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein
- Haben oder hatten Sie eine Magersucht/ Bulimie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Demenz/ Mb. Alzheimer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Medikamente		
- Nehmen oder nahmen Sie Cortison-Präparate (Prednisolon) z.B. wegen Rheuma ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name des Medikamentes:	Dosis:	Seit wann? bis?
- Nehmen Sie aufgrund eines Anfallsleidens (Epilepsie) Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name des Medikamentes:	Dosis:	Seit wann? bis?
- Erhielten oder erhalten Sie ein Hormonpräparat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name des Medikamentes:	Seit wann?	bis?
- Nehmen Sie Medikamente zum Magenschutz? z.B. Pantoprazol oder Omeprazol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name des Medikamentes:	Seit wann?	bis?
- Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja: Name des Medikamentes:	Seit wann?	bis?
Name des Medikamentes:	Seit wann?	bis?
.....		
.....		
.....		
- Tragen Sie hier bitte alle ihre derzeitigen Medikamente ein. (sofern oben noch nicht genannt)		
.....		
.....		
.....		

Regelmäßiger Alkohol-/ Tabakkonsum			
- Trinken Sie täglich mehr als 2 Gläser eines alkoholischen Getränkes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
- Rauchen Sie > als 10 Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Mobilität/ Sturzrisiko			
- Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt?	<input type="checkbox"/> Ja	Wie oft?	<input type="checkbox"/> Nein
Fragen zu Knochenbrüchen			
- Erlitten Sie einen Wirbelkörperbruch? betroffene Wirbel	<input type="checkbox"/> Ja mit	Jahren	<input type="checkbox"/> Nein
- Erlitten Sie einen Beckenbruch?	<input type="checkbox"/> Ja mit	Jahren	<input type="checkbox"/> Nein
- Erlitten Sie einen Schenkelhalsbruch?	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja mit	Jahren <input type="checkbox"/> Nein
- Erlitten Sie einen Oberarmbruch?	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja mit	Jahren <input type="checkbox"/> Nein
- Erlitten Sie einen Unterarmbruch?	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja mit	Jahren <input type="checkbox"/> Nein
- Erlitten Sie einen anderen Knochenbruch?	<input type="checkbox"/> Ja welchen?	mit	Jahren <input type="checkbox"/> Nein
- Wie kam es zu diesen Brüchen?			
Sonstiges:			
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Besteht eine chron. Herzinsuffizienz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie in der letzten Woche ein Röntgenkontrastmittel erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wurden Sie am Magen operiert? (Billroth II/Magenresektion)	<input type="checkbox"/> Ja mit.....	Jahren	<input type="checkbox"/> Nein
Für Frauen im gebärfähigem Alter: Sind Sie schwanger?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Mit der Erfassung dieser Daten in der Praxisdokumentation bin ich einverstanden.			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Datum:	Unterschrift des Patienten:		
<u>Der folgende Abschnitt wird durch unsere Praxismitarbeiterinnen ausgefüllt!</u>			
Überweiser: Dr. Winkler		anderer:	
Indikation: Patientenalter, röntg. gem. KSG / Testosteronmangel / Verlaufskont. bei Osteoporose/-penie Steroidtherapie/RA / Gestagenlangzeitth./ Aromatasehemmerth./ osteoporot. Fraktur / Rückenschmerz:			
Wievielte DXA-Messung? 1. 2. 3. 4. 5. oder			
Befund der letzten DXA: Datum: ges. LWS: ges. Hüfte: ges. SH:			
T-Werte (aktuell):		Faktor:	
ges. LWS:			
re. Hüfte:	li. Hüfte:	re. SH:	li. SH:
Timed Up and Go Test: positiv: <input type="checkbox"/> negativ: <input type="checkbox"/>			
Sonstiges:			
Körpergröße: Anamnestisch: bei Vormessung: aktuell:		Verlust in cm:	
Körpergewicht: aktuell: mehr als 10kg Verlust in den letzten 2 Jahren?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	BMI:
Z.n. Mamma-Npl. mit antihormoneller Therapie z.B. Arimidex?			
von		bis	
Prostata-Npl mit antihormoneller Therapie z..B. Dreimonatsspritze? von bis			
Opiode/Primärer Hyperparathyreoidismus/Hypogonadismus d. hormonabl. Th./MGUS/Lupus erythematodes			
DXA-Messung an:			
L1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wegen Fraktur/Spondylophyten/Osteosynthesematerial/sonstiges?	
L2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wegen Fraktur/Spondylophyten/Osteosynthesematerial/sonstiges?	
L3	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wegen Fraktur/Spondylophyten/Osteosynthesematerial/sonstiges?	
L4	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wegen Fraktur/Spondylophyten/Osteosynthesematerial/sonstiges?	
Hüfte rechts	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wegen TEP	
Hüfte links	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wegen TEP	
Datum:	Unterschrift Schwester:		