



**Risikofaktoren für die Entwicklung einer Osteoporose und damit Indikation zur Durchführung der Basisdiagnostik**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Body Mass Index (BMI) in kg/ m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherung:  Privat versichert  Gesetzlich versichert

	Ja	Nein
<b>Persönliche Vorgeschichte:</b>		
Sind Sie um mehr als 5 cm kleiner geworden (Vergleich Personalausweisgröße)?		
Body Mass Index < 20 kg/m <sup>2</sup>		
Haben Sie sich einen Hüft- oder Wirbelkörperbruch zugezogen?		
Haben Sie sich einen Oberarm-, Unterarm- oder Beckenbruch zugezogen?		
Haben Sie sich im Alter von > 50 Jahren einen Knochenbruch mit Ausnahme von Finger-/Zehen- oder Schädel-Bruch zugezogen?		
Hatte ein Elternteil von Ihnen einen Knochenbruch im Hüftbereich im Alter von unter 75 Jahren?		
Trinken sie täglich Alkohol?		
Rauchen sie mehr als 10 Zigaretten pro Tag?		
<b>Sturzassoziierte Risikofaktoren: Liegen bei Ihnen folgenden Erkrankungen/Einschränkungen vor?</b>		
Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gestürzt?		
Insult/ Schlaganfall		
Multiple Sklerose		
M. Parkinson		
Demenz/ M.Alzheimer		
Depression/ Antidepressiva		
Immobilität (auf eine Gehilfe angewiesen sein)		
Starke Schmerzmedikamente (Opioide)		
<b>Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?</b>		
Diabetes mellitus Typ 1 (Zuckerkrankheit)		
Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit)		
Ist eine Teil- oder komplette Magenentfernung vorgenommen worden?		
Schwere Lungenerkrankung (COPD)		
Schilddrüsenerkrankung		
Chronische Herzschwäche/ Herzinsuffizienz		
Chronische Nierenschwäche/ Niereninsuffizienz		
Epilepsie und Antikonvulsiva (Epilepsiemedikamente)		
Primärer Hyperparathyreoidismus (Nebenschilddrüsenerkrankung)		
Cushing-Syndrom und Hypercortisolismus (Nebennierenerkrankung)		
Wachstumshormonmangel (Erkrankung der Hirnanhangdrüse)		
Hypogonadismus (Erkrankung der Keimdrüsen)		
Chronische Hyponatriämie (Natriummangel im Blut)		
Wurde bei Ihnen eine Magen-Operation aufgrund von Fettleibigkeit durchgeführt?		
Monoklonale Gammopathie (MGUS)		
HIV		
Laktoseunverträglichkeit?		
<b>Sind bei Ihnen folgende chronisch-entzündliche Erkrankungen bekannt?</b>		
Axiale Spondyloarthritis/ Spondylitis ankylosans/ M. Bechterew		
Rheumatoide Arthritis		
Getreideunverträglichkeit (Zöliakie)		
Darmerkrankungen (Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa)		
Systemischer Lupus erythematodes		
<b>Nehmen Sie folgenden Medikamente ein oder haben Sie diese über einen längeren Zeitraum eingenommen?</b>		
Glukokortikoide (Kortison-Präparate) länger als 3 Monate		
Nehmen Sie eine Kortison-Dosierung > 7,5 mg/Tag (Prednisolonäquivalent) für über 3 Monate		
Protonenpumpen-Hemmer (Magenschutzmedikamente) länger als 3 Monate		
Bei Frauen: werden Sie mit Anti-Hormonen behandelt (Aromatasehemmer)		
Bei Männern: Anti-Hormonbehandlung beim Prostatakarzinom		