



OSTEO-CHECK:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der folgende Fragebogen soll helfen, die Gesundheit Ihrer Knochen einzuschätzen:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Gewicht: _____

Größe: _____ Wie groß waren Sie früher? (cm) _____

Hatten Sie schon Knochenbrüche? Wenn Ja, welche? Ja Nein
(z.B.: Unterarm, Handgelenk, Schlüsselbein, Rippen, Oberarm, Oberschenkel, Wirbelsäule) und wann (in welchem Jahr)

Nehmen Sie Medikamente? Wenn Ja, welche? Ja Nein

Für Frauen: In welchem Alter hatten Sie Ihre letzte Monatsblutung? _____

1. Leiden Sie an folgenden Krankheiten:

- | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------|
| Rheuma (entzündliche Erkrankung der Gelenke) | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes mellitus Typ 1 | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Asthma oder COPD | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Osteoporose oder anderen Erkrankungen des Knochens | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Chronisch entzündliche Darmerkrankung? | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

2. Nehmen oder nahmen Sie länger als 3 Monate Kortison ein? Ja Nein

3. Stürzen Sie mehr als 2 mal pro Jahr ohne ersichtlichen Grund? Ja Nein

4. Hatten Ihre Eltern einen Hüft- oder Oberschenkelhalsbruch? Ja Nein

5. Leiden Sie an folgenden Krankheiten:

- | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|
| Chronische Durchfälle | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes mellitus Typ 2 | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Epilepsie | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lebererkrankung | <input checked="" type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn Ja, welche Krebserkrankung: | | |

Wenn Ja, welche Therapie: Operation Chemotherapie Strahlentherapie

6. Rauchen Sie mehr als 5 Zigaretten pro Tag? Ja Nein

7. Trinken Sie mehr als 1 Glas Wein/1 Glas Bier pro Tag? Ja Nein

8. Leidet in Ihrer Familie jemand an Osteoporose? Ja Nein

9. Vertragen Sie Milchprodukte? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Vom Arzt auszufüllen:

Gemessene Körpergröße: _____ gemessenes Gewicht: _____ BMI (kg/m²): _____

Gibt es Fragilitätsfrakturen beim Patienten	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Körpergrößenabnahme > 4 cm	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ist der BMI < 20	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kortison ≥ 7,5mg Prednisolonäquivalent pro Tag	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Glitazon	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine vorzeitige Menopause	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht ein Hyperparathyreoidismus	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht ein Nebennierenrindenadenom	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht ein Z.n. Gastrektomie oder Billroth II	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht ein Magenbypass oder Gastric Sleeve?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Antidepressiva	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Antiepileptika	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Neuroleptika	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bei L-Thyroxin-Einnahme: TSH < 0,3 mU/L	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kortison < 7,5mg Prednisolonäquivalent pro Tag	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hochdosierte inhalative Kortisongabe	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Protonenpumpenhemmer Langzeiteinnahme	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sind unter den Medikamenten:

Sedierende Medikamente	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Aromatasehemmer	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Antiandrogene	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Marcoumar	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
GnRH Analoga	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Legende:

Osteoporoseabklärung erwägen bei:

- 1 Frage mit Ja (im roten Bereich)
- 2 Fragen mit Ja (im orangen Bereich)
- 1 Frage mit Ja (orange) / 1 Frage mit Ja (gelb)

Der OSTEО-CHECK ist an die DVO Leitlinien angelehnt.