

Osteoporose Erstdokumentation Anamnese

PatientenIn:

Arzt (Stempel)

Osteoporose - Risikofaktoren (bei * siehe auch Angaben auf dem Patientenfragebogen)

- | | | | |
|--|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Osteoporose ist bekannt * | Wenn „Ja“ seit wie vielen Jahren _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Postmenopausal | Wenn „Ja“ seit wie vielen Jahren _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Östrogenexpositionszeit unter 30 Jahre * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose in der Familie * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Einnahme von Antiepileptika * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Einnahme von Schilddrüsenhormontabletten * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Einnahme von Kortisonpräparaten * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| sicher pathogene Langzeitdosis (>7,5 mg/d Prednison-Äquivalent) | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Einnahme von Antikoagulantien * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Akute / exazerbierte Rückenschmerzen * (als Frakturhinweis) | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zu wenig Milchprodukte in der Ernährung* | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Laktoseintoleranz | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Regelmäßiger Alkoholkonsum * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nikotinabusus * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Abnahme der Körpergröße * (> 4cm seit dem 25.Lebensjahr oder in jüngster Zeit) . | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gewichtsabnahme * (> 10% seit dem 25.Lebensjahr oder in jüngster Zeit) | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verminderte körperliche Aktivität * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erhöhtes Sturzrisiko * | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes mellitus Typ I | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Angaben zu Knochenbrüchen

Frakturen nach dem 50.Lebensjahr * Ja Nein

Wenn „Ja“ Lokalisation, Jahr und Ursache der Fraktur:

Ort	Jahr	Ursache	Ort	Jahr	Ursache
<input type="checkbox"/> Wirbelkörper			<input type="checkbox"/> Humerus		
<input type="checkbox"/> Oberschenkelhals			<input type="checkbox"/> Rippe		
<input type="checkbox"/> Unterarm			<input type="checkbox"/> Unterschenkel		
<input type="checkbox"/> andere Knochen					

Ursache der Fraktur : S = spontan B = Bagateltrauma U = Unfall, schwerer Sturz

Klinische Befunde :

Aktuelles Gewicht _____ kg Body Mass Index _____ kg/m²

Aktuelle Größe _____ cm Größenabnahme _____ cm
 Maximale Größe _____ cm

Rundrücken / Kyphose / Fichtenbaumphänomen Ja Nein

Lokalisierbarer Schmerz Ja Nein

 bei „Ja“ Lokalisation angeben HWS BWS LWS Sakrum