



FRAGEBOGEN ZUR ERMITTLUNG DER KNOCHENDICHTE MITTELS DXA

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um Ihre Knochenschwäche (Osteopenie)- und/oder Knochenschwund (Osteoporose)- Risiko optimal einschätzen zu können, bitten wir Sie höflichst um Beantwortung der folgenden Fragen.
Falls Sie Hilfe benötigen, sprechen Sie uns bitte umgehend an. Wir stehen Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Alter in Jahren

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Osteoporose in der Familie bekannt Wenn ja, bei wem | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Körpergewicht (BMI) unter 20 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nikotinkonsum | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bruch von Arm, Fuß, Bein Rippen oder Becken | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schenkelhalsbruch von Vater oder Mutter | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Mehr als 2 Stürze im Jahr ohne äußeren Anlass | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Immobilität (Eingeschränkte Gefähigkeit (unter 100m) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Länger als 3 Monate hochdosierte, kortisonhaltige Tabletten und/oder Spritzen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Überfunktion der Niere | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Überfunktion der Schilddrüse | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Ständige Einnahme von niedrig dosierten kortisonhaltigen Tabletten | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hormonmangel bei Erkrankung der Nierenanhangsdrüse | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Behandlung mit Glitazon bei Diabetes mellitus Typ II (Gilt nur für Frauen) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Weitgehende oder komplette Entfernung des Magens (Z.n. B-II Operation oder Gestrektomie) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rheumatoide Arthritis | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes Typ I | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Funktionsstörung der Nebenschilddrüse | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |



| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sturz begünstigende Medikamente (z.B. Schlafmittel, Antidepressiva, Epileptika, Thyroxin) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Behandlung mit Aromatasehemmer (bei Zustand nach Brustkrebs) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Antihormonelle Behandlung nach Prostatacarzinom | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Knochenbruch nach Bagatelltrauma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen der Nieren | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen der Nebenniere | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen der Leber | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Magengeschwüre, 12 Fingerdarm Geschwüre etc.) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Singuläre Wirbelkörperfraktur (d.h.. 15-40% bzw. >40% Höhenminderung) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Multiple Wirbelkörperfrakturen 1-3 Grades | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Cushing-Syndrom | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Orale Glukokortikoide (Kortison <7,5mg Prednisolonäquivalenz ≥ 3 Monate) | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Multicerebrale Infarkte nach dem 50 Lebensjahr | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| TSH Werte <0,3U/ml | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für die ausführliche und genaue Beantwortung des Fragebogens im Sinne Ihrer Gesundheit und zur Optimierung der Diagnostik und Therapie auf schulmedizinischer und naturheilkundlicher Basis in unserer Praxis.
Weitere Fragen werden wir in einem persönlichen Gespräch ausführlich mit Ihnen erörtern.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Dr. med. Peter Weih samt Praxisteam!