

Fragebogen zur Knochendichtebestimmung

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Alter: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Trifft eine der Erkrankungen auf Sie zu? Wenn ja, bitte ankreuzen!

- Körpergrößenverlust - wieviel ? _____ cm
- Chron. entzündliche Darmerkrankung (- Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)
- Morbus Cushing oder Cushing Syndrom nach Cortisonbehandlung
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Hüftoperationen
- Schilddrüsenherapie
- Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)
- Hyperparathyreoidismus (Überfunktion der Nebenschilddrüsen)
- Unterfunktion der Geschlechtsdrüsen
- Verzögerte Pubertät
- Lebererkrankungen
- Galleerkrankungen
- Nierenerkrankungen / Niereninsuffizienz
- Rheumatische Erkrankungen
- Unverträglichkeit von Milch / Milchzucker?

Lag bei Ihnen eine Fraktur (Knochenbruch) vor? ja nein

wenn ja, in welcher Körperregion? _____

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose? ja nein

wenn ja, welche? _____

Wurden Sie am Magen operiert? ja nein

Wurde bei Ihnen eine Chemotherapie durchgeführt? ja nein

Verzehren Sie Milch / Milchprodukte?:

nein ja, viel ja, mäßig ja, wenig

Rauchen Sie? ja gelegentlich nein

Trinken Sie Alkohol? ja gelegentlich nein

Nur für Frauen:

Mit welchem Alter setzte Ihre Periode ein? Mit _____ Jahren.

Sind Sie extreme Leistungssportlerin ohne regelmäßige Monatsblutung ja nein

schwanger? ja nein

stillend? ja nein

Wieviele Geburten hatten Sie? _____

Mit welchem Alter setzten Ihre Wechseljahre ein? Mit _____ Jahren

Wurden Ihre Eierstöcke entfernt? ja, wenn ja, wann? _____ nein

Wurde Ihre Gebärmutter entfernt? ja, wenn ja, wann? _____ nein

Nehmen Sie Östrogenpräparate, z.B. Tabletten oder Pflaster? ja nein

Wenn ja, welche und seit wann? _____ seit _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!