

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient,

zur Beurteilung Ihres Osteoporoserisikos müssen Sie uns folgende wichtige Fragen beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hausarzt

Vom Mitarbeiter auszufüllen:

Größe: _____

Gewicht: _____

BMI: _____

Größe früher: _____

Risikofaktor		Gruppe	Faktor Alter 70	Faktor Alter 50-90	ICD-10
Patientenanamnese und allgemeine Risikofaktoren					
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	☐ nein ☐ ja				
Erlitt Mutter oder Vater eine Oberschenkelhalsfraktur?	☐ nein ☐ ja		1,3	1,2 -> 1,5	Z82
Trinken Sie regelmäßig Alkohol über 50g/Tag ?	☐ nein ☐ ja		1,9	1,9 -> 1,8	F10.1
Rauchen sie aktuell? (>10 Zigarten/Tag) ?	☐ nein ☐ ja		1,5	1,5	F17.1
chron.-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ?	☐ nein ☐ ja		1,3	1,3	J44.9
Ist bei Ihnen eine Anorexie bekannt? $\leq 15\text{kg/m}^2$	☐ nein ☐ ja		2,2	2,0 -> 2,9	R63.0
Haben Sie übermäßig Gewicht verloren? 15-18,5 kg/m ²	☐ nein ☐ ja		1,7	1,6 -> 2,0	R63.4
oder 18,5 -< 20kg /m ²	☐ nein ☐ ja		1,3	1,3 -> 1,4	"
Ich vergesse manchmal meine Arzneimittel einzunehmen?	☐ nein ☐ ja				Z91.1
Ist bei Ihnen eine Osteopenie ?	☐ nein ☐ ja				
oder Osteoporose bekannt?	☐ nein ☐ ja				

#{#ptn, #ptv}, geb.: #{#ptd4}

Sturzrisiko-assoziierte Risikofaktoren / Geriatrie					
Sind Sie einmalig im letzten Jahr gestürzt?	☐ nein ☐ ja	S	1,6	1,6	R29.6
Hatten sie mehr als 1 Sturz im letzten Jahr?	☐ nein ☐ ja	S	2,0	1,9 -> 2,1	"
Leiden Sie unter einer bekannten Hyponatriämie?	☐ nein ☐ ja	S	1,4	1,3 -> 1,7	E87.1
Leiden Sie unter Depression?	☐ nein ☐ ja	S	1,3	1,3	F32.9
Nehmen Sie wegen Depressionen Antidepressiva ein?	☐ nein ☐ ja	S	1,3	1,3	Z92.2
Ist bei Ihnen eine Epilepsie bekannt?	☐ nein ☐ ja	S	1,2	1,2 -> 1,4	G40.9
Liegt eine Immobilität vor? (angewiesen eine Gehhilfe?)	☐ nein ☐ ja	S	1,7	1,7 -> 1,8	R26.3 oder R26.8
Wurde bei Ihnen eine M. Alzheimer/ Demenz festgestellt?	☐ nein ☐ ja	S	1,6	1,5 -> 2,1	F03 o. F00.9
Ist bei Ihnen ein M. Parkinson bekannt?	☐ nein ☐ ja	S	1,7	1,5 -> 2,2	G20.9
Leiden Sie an Multiple Sklerose?	☐ nein ☐ ja	S	2,1	2,0 -> 2,7	G35.9
Benötigen Sie Schmerzmittel wie Opioide / Morphine?	☐ nein ☐ ja	S	1,4	1,3 -> 1,7	Z82.2
Hatten Sie einen Schlaganfall?	☐ nein ☐ ja	S	1,6	1,4 -> 2,0	I69.4
Risikofaktor Knochenbrüchen					
Erlitten Sie im letzten Jahr Wirbelfraktur(en) ?	☐ nein ☐ ja	WKFx	2,9	3,0 -> 2,5	M80.x8
Hatten Sie Wirbelfraktur(en) > 12 Monate Zeitabstand?	☐ nein ☐ ja	WKFx			"
Ist bei Ihnen 1 osteoporotischer Wirbelbruch bekannt?	☐ nein ☐ ja	WKFx	2,0	2,0	S22.0x
Sind bei Ihnen 2 osteoporotische Wirbelbrüche bekannt?	☐ nein ☐ ja	WKFx	2,9	3,0 -> 2,5	bei BWS
Liegen mehr als 3 osteoporotische Wirbelbrüche vor?	☐ nein ☐ ja	WKFx	5,0	5,4 --> 3,8	S32.0x
Haben Sie künstliche Hüftgelenke? Rechts / links / beidseits?	☐ nein ☐ ja				
Erlitten Sie im letzten Jahr eine Hüftfraktur?	☐ nein ☐ ja		4,1	3,8 -> 5,1	M80.x5
Zeitabstand von >12 Monaten zwischen zwei Hüftfrakturen ?	☐ nein ☐ ja		2,5	2,4 -> 2,8	
Erlitten Sie in der Vergangenheit eine Oberarmfraktur?	☐ nein ☐ ja		1,7	1,7	M80.x2
Erlitten Sie in der Vergangenheit eine Handgelenksfraktur?	☐ nein ☐ ja		1,6	1,5 -> 1,7	M80.x3
Erlitten Sie in der Vergangenheit eine Beckenfraktur?	☐ nein ☐ ja		1,7	1,5 -> 2,2	M80.x5
Internistische Risikofaktoren					
Leiden Sie an Diabetes mellitus Typ I ?	☐ nein ☐ ja		2,5	2,2 -> 3,3	E10.9
Leiden Sie an Diabetes mellitus Typ II, seit 5-10 Jahren?	☐ nein ☐ ja		1,1	1,1 -> 1,3	E11.9
Leiden Sie an Diabetes mellitus Typ II, seit >10 Jahren?	☐ nein ☐ ja		1,6	1,4 -> 2,0	
Haben sie eine Überfunktion der Nebenschilddrüse?	☐ nein ☐ ja		2,2	2,4 -> 1,5	E21.0
Leiden Sie an einer chronischen Herzinsuffizienz?	☐ nein ☐ ja		1,5	1,5	I50.9
Haben Sie eine Niereninsuffizienz? (CKD 3a, 3b, 4)	☐ nein ☐ ja		1,6	1,5 -> 1,8	N18.3 o. N18.4

#{ptn, #ptv}, geb.: #{ptd4}

Nehmen Sie regelmäßig Magenschutztabletten ein? (Protonenpumpenhemmer >3 Monate)	☐ nein ☐ ja		1,4	1,4	Z92.2
Wurden Sie am Magen operiert? (Magenverkleinerung)	☐ nein ☐ ja				
Haben Sie eine eingeschränkte Leberfunktion?	☐ nein ☐ ja				
Rheumatische Grunderkrankung					
Leiden Sie unter einer bekannten Spondyloarthritis? (Morbus Bechterew)	☐ nein ☐ ja		1,6	1,7 -> 1,3	M45.x
Ist bei Ihnen eine rheumatoide Arthritis bekannt?	☐ nein ☐ ja	G	2,7	2,7 -> 2,5	M06.9x
Haben Sie eine chronische Darmerkrankung?	☐ nein ☐ ja				
Einnahme Kortison bis 2,5mg/Tag > 3 Monate	☐ nein ☐ ja	G	1,4	1,4 -> 1,2	Z92.2
Einnahme Kortison bis 2,5mg – 7,5mg /Tag > 3 Monate	☐ nein ☐ ja	G	2,3	2,3 -> 2,0	"
Einnahme Kortison bis >7,5 mg/Tag > 3 Monate	☐ nein ☐ ja	G	4,0	4,3 -> 3,0	"
Einnahme Kortison bis ab 7,5/Tag, neu im letzten Jahr	☐ nein ☐ ja	G	4,9	5,4 -> 3,4	"
Weitere Risikofaktoren					
Hatten Sie Brustkrebs?	☐ nein ☐ ja				C50.-
Wurden Sie mit einer Hormontherapie behandelt? (Aromatasehemmer z.B. Tamoxifen)	☐ nein ☐ ja				
Wann kamen Sie in die Wechseljahre? _____	☐ nein ☐ ja				
Wurden Sie an der Gebärmutter operiert?	☐ nein ☐ ja				
Wurden Sie an den Eierstöcken operiert?	☐ nein ☐ ja				
Haben Sie Hormone wegen der Wechseljahre eingenommen?	☐ nein ☐ ja				
Bei Männern: Hatten Sie Prostatakrebs?	☐ nein ☐ ja				C61
Unverträglichkeiten / Allergien					
Leiden Sie an einer Milchunverträglichkeit?	☐ nein ☐ ja				
Haben Sie Allergien gegen Medikamente? Welche? _____	☐ nein ☐ ja				T88.7 o. Y57.9
Göggingen, den #{dat4}		Unterschrift Patient/in			

#{ptn, #ptv}, geb.: #{ptd4}

Risikofaktoren (vom Arzt auszufüllen)					
-> Wirbelbruch Schweregrad max. Grad 1 Genant	☐ nein ☐ ja		2,0	2,0	
-> Wirbelbruch Schweregrad max. Grad 2 Genant	☐ nein ☐ ja		2,9	3,0 -> 2,5	
-> Wirbelbruch Schweregrad max. Grad 3 Genant	☐ nein ☐ ja		5,0	5,3 -> 4,1	
Liegt ein Vitamin D Mangel vor?	☐ nein ☐ ja				E55.9
Wurde laborchemisch eine MGUS festgestellt? (monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz)	☐ nein ☐ ja				D47.2
TSH 0,1-0,45 mU/l	☐ nein ☐ ja		1,2	1,2 -> 1,3	E05.9
THS >0,1 mU/l	☐ nein ☐ ja		1,2	1,2 -> 1,4	E03.9
TBS-Z-Score: -1,0 SD			1,3	1,3	
TBS-Z-Score: -1,5 SD			1,4	1,4	
TBS-Z-Score: -2,0 SD			1,6	1,6	
TBS-Z-Score: -2,5 SD			1,8	1,8	
Timed-up-and-go-Test > 12 Sek.	☐ nein ☐ ja		1,8	1,6 -> 2,4	M62.59
Göggingen, den _____		Unterschrift Arzt _____ Anamnese Patient zur Kenntnis genommen Laborparameter kontrolliert			