

# Osteoporose- Erstdokumentation

PatientenIn:

Geburtsdatum

## Osteoporose – Risikofaktoren

- |  |   |                             |                               |
|--|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Osteoporose ist bekannt  | Wenn „Ja“ seit wie vielen Jahren _____            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Postmenopausal   | Wenn „Ja“ seit wie vielen Jahren _____            |                             |                               |
| 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)               |   | <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/ Immobilisation                    |   | <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 |
| Herzinsuffizienz   |   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Dauer PPI Einnahme   |   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rheumatoide Arthritis, Spondylitis ankylosans, SLE                   |   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zöliakie oder B-II-Magenresektion oder Gastrektomie                  |   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes mellitus Typ I oder II                                      |   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tumor Erkrankung bekannt?  | Wenn „Ja“ welche und seit wie vielen Jahren _____ |                             |                               |

## Angaben zu Knochenbrüchen

Frakturen nach dem 50. Lebensjahr

Ja  Nein

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

Lokalisation	Jahr	Ursache*		Lokalisation	Jahr	Ursache*
Wirbelkörper				Humerus		
Oberschenkel				Rippe		
Unterarm				Unterschenkel		
andere Knochen						

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

### Klinische Befunde

Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Body Mass Index \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Aktuelle Größe \_\_\_\_\_ cm

Maximale Größe \_\_\_\_\_ cm

Größenabnahme \_\_\_\_\_ cm

Rundrücken / Kyphose / Fichtenbaumphänomen

Ja  Nein

Lokalisierbarer Schmerz

Ja  Nein

bei „Ja“ Lokalisation angeben

HWS  BWS  LWS