

RISIKOFAKTOREN DER OSTEOPOROSE

1. Wie gross waren Sie mit 20 Jahren cm
2. Welches war Ihr Gewicht mit 20 Jahren kg
3. Hatten Sie in Ihrem Leben jemals einen Knochenbruch? Nein Ja
 Falls ja:
- | | | | |
|------------------------------------|--------------|--------------|--|
| <input type="checkbox"/> Wirbel | Alter: | | |
| <input type="checkbox"/> Vorderarm | Alter: | | |
| <input type="checkbox"/> Hüfte | Alter: | | |
| <input type="checkbox"/> Andere | Alter: | Welche | |
- Erlitt Ihre Mutter/Schwester je einen Knochenbruch an Hüfte, Vorderarm oder Wirbelsäule? Unbekannt Nein Ja
4. Ist oder war bei Ihrer Mutter ein sogenannter "Altersbuckel" (stark verkrümmte obere Wirbelsäule) bekannt? Unbekannt Nein Ja
5. Rauchen Sie mehr als 10 Zigaretten pro Tag? Nein Ja
6. Trinken Sie täglich mehr als 1-3 Gläser Alkohol? (Wein, Bier, Schnaps, etc.) Nein Ja
7. Nehmen Sie folgende Medikamente?
- | | | | |
|----------------------|---|--|---|
| - Kalzium | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | - Cortison (Prednison, Calcort etc.) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| - Vitamin D | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | - Medikamente gegen Epilepsie | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| - Geschlechtshormone | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | - Gegen Schilddrüsen-Unter-/Überfunktion | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| | | - Andere | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| | | Welche | |
8. Treiben Sie mindestens 2-3mal pro Woche Sport? (Laufen, Gehen, Velofahren, Turnen, etc.) Nein Ja
9. In welchem Alter hatten Sie Ihre ersten Regelblutungen? Jahre
10. Haben Sie noch immer Regelblutungen? Nein Ja
 Falls nein, in welchem Alter hörten sie auf? Jahre
 Grund:
- Falls ja, traten im Verlauf der letzten Jahre Blutungspausen von mehr als 6 Monaten auf? Nein Ja