



Fragebogen Osteoporose zur Knochendichtemessung – DXA (nach DVO Leitlinie 2009)

1. Allgemeine Risiken

- Nehmen sie Medikamente zur Behandlung einer Osteoporose (länger als 6 Monate?) Ja Nein
- Sind Sie untergewichtig? (Body Mass Index < 20 kg/m²) Ja Nein
- Eingeschränkte Gehfähigkeit (< 100m am Stück)? Ja Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein

2. Stürze

- Stürzen Sie mehr als 2 Mal im Jahr? Ja Nein
- Nehmen Sie sturzbegünstigende Medikamente (z.B. Beruhigungsmittel oder Antidepressiva) ein? Ja Nein

3. Verlaufmessung ohne medikamentöse Osteoporosetherapie

- Wurde in den letzten 2-3 Jahren eine DXA Messung durchgeführt mit einem Knochendichteverlust > 5% Ja Nein

4. Knochenbrüche/Frakturen (nach dem 50. Lebensjahr)

- Haben Sie einen nicht die Wirbelsäule betreffenden Knochenbruch? Ja Nein
- Hatte eines Ihrer Eltern einen Oberschenkelhalsbruch? Ja Nein
- Haben Sie einen einzelnen leicht höhengeminderten Wirbelbruch? Ja Nein
- Haben Sie einen einzelnen stark höhengeminderten Wirbelbruch (>25% Höhenminderung)? Ja Nein
- Haben Sie mehrere Wirbelkörperbrüche? Ja Nein

5. Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus Typ 1) Ja Nein
- Krampfleiden (Epilepsie) Ja Nein
- Rheuma (Rheumatoide Arthritis) Ja Nein
- Magenteil- bzw. komplette Magenentfernung Ja Nein
- Primärer Hyperparathyreoidismus (Überfunktion der Nebenschilddrüse) Ja Nein

- Subklinischer Hyperkortilismus (erhöhter Cortisolspiegel) Ja Nein
- Cushing-Syndrom Ja Nein
- Hypogonadismus (Funktionsstörung der Hoden) Ja Nein
- TSH < 0,3 mU/l (Schilddrüsenüberfunktion) Ja Nein
- Hypophyseninsuffizienz Ja Nein

6. Nehmen Sie eins der folgenden Glukokortikoide (Cortison) schon länger als 3 Monate ein oder hatten Sie ein solches in den letzten beiden Jahren?

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| • Hydrocortison® (Cortisol) | <input type="radio"/> < 30mg/Tag | <input type="radio"/> >30mg/Tag | <input type="radio"/> Nein |
| • Cortison® (Cortison) | <input type="radio"/> < 37,5mg/Tag | <input type="radio"/> >37,5mg/Tag | <input type="radio"/> Nein |
| • Synetestan® (Cloprednol) | <input type="radio"/> < 5mg/Tag | <input type="radio"/> >5mg/Tag | <input type="radio"/> Nein |
| • Decortin® (Prednison) | <input type="radio"/> < 7,5mg/Tag | <input type="radio"/> >7,5mg/Tag | <input type="radio"/> Nein |
| • Urbason® (Methylprednisolon) | <input type="radio"/> < 6mg/Tag | <input type="radio"/> >6mg/Tag | <input type="radio"/> Nein |
| • Volon® (Triamcinolon) | <input type="radio"/> < 6mg/Tag | <input type="radio"/> >6mg/Tag | <input type="radio"/> Nein |
| • Celestan® (Betamethason) | <input type="radio"/> < 1,2mg/Tag | <input type="radio"/> >1,2mg/Tag | <input type="radio"/> Nein |
| • Fortecortin® (Dexamethason) | <input type="radio"/> < 1mg/Tag | <input type="radio"/> >1mg/Tag | <input type="radio"/> Nein |

7. Nur von Männern zu beantworten: Antiandrogene Therapie nach Prostatacarcinom?

- Stehen Sie unter einer solchen Therapie? Ja Nein

Wenn ja, wie heißt dieses Medikament?

(z.B. Androcal®, Bicalutamid®, Decapeptyl®, Eligard®, Enatone®, Flutamid®, Fugerel®, Goserelin®, Pamorelin®, Profact®, Prostica®, Suprefact®, Uroptyl® oder Zoladex®)

8. Nur von Frauen zu beantworten: Aromatasehemmer-Therapie nach Brustkrebs im Augenblick oder in den letzten beiden Jahren?

- Arimidex® Ja Nein
- Aromasin® Ja Nein
- Femara® / Letrozol® Ja Nein

Für die spätere Auswertung und Zuordnung im Auswertungstool des Messgerätes benötigen wir noch Ihre persönlichen Angaben, die Sie bitte hier eintragen:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Vielen Dank für Ihre Auskunft!

Ihr Ärzteteam des AGAPLESION MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUMS FRANKFURT,
Bereich Orthopädie und Radiologie