



## 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/m<sup>2</sup>)  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) O Ja O Nein
- Cushing-Syndrom O Ja O Nein
- Hypogonadismus (Funktionsstörung der Hoden) O Ja O Nein
- TSH < 0,3 mU/l (Schilddrüsenüberfunktion) O Ja O Nein
- Hypophyseninsuffizienz O Ja O 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)    | O < 30mg/Tag   | O >30mg/Tag   | O Nein |
| • Cortison® (Cortison)         | O < 37,5mg/Tag | O >37,5mg/Tag | O Nein |
| • Synetestan® (Cloprednol)     | O < 5mg/Tag    | O >5mg/Tag    | O Nein |
| • Decortin® (Prednison)        | O < 7,5mg/Tag  | O >7,5mg/Tag  | O Nein |
| • Urbason® (Methylprednisolon) | O < 6mg/Tag    | O >6mg/Tag    | O Nein |
| • Volon® (Triamcinolon)        | O < 6mg/Tag    | O >6mg/Tag    | O Nein |
| • Celestan® (Betamethason)     | O < 1,2mg/Tag  | O >1,2mg/Tag  | O Nein |
| • Fortecortin® (Dexamethason)  | O < 1mg/Tag    | O >1mg/Tag    | O Nein |

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

- Stehen Sie unter einer solchen Therapie? O Ja O 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® O Ja O Nein
- Aromasin® O Ja O Nein
- Femara® / Letrozol® O Ja O 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