

# KNOCHENDICHTEMESSUNG FRAGEBOGEN



NAME: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

	JA	NEIN
1. Menopause (Wechsel): Mit wie vielen Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie innerhalb der letzten Woche Röntgen-Kontrastmittel bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bandscheibenoperation LWS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Und wenn ja: rechts <input type="checkbox"/> / links <input type="checkbox"/>		
5. Hatten Sie Knochenbrüche im Bereich der Lendenwirbelsäule oder Hüfte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie seit Ihrem 40. Lebensjahr Knochenbrüche erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hatte Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelhalsbruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nehmen Sie zurzeit Cortison ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie schon einmal über 3 Monate Cortison einnehmen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat Ihr Arzt bei Ihnen rheumatische Arthritis diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sind Sie zuckerkrank (nehmen Sie Insulin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Leiden oder litten Sie im Erwachsenenalter an der Glasknochenkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leiden oder litten Sie an Hypogonadismus (Keimdrüsenerkrankung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Leiden oder litten Sie an einer chronischen Unterernährung (Magersucht, Bulimie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Besteht bei Ihnen eine chronische Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Haben Sie Morbus Crohn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>