

OSTEOPOROSE RISIKO-CHECKLISTE

Liebe Patientin,
lieber Patient,

Die Früherkennung der Osteoporose ermöglicht eine frühzeitige Behandlung.

Eine Knochendichtemessung ist prinzipiell empfohlen bei:

- Frauen ab dem 65. Lebensjahr
- Männer ab dem 70. Lebensjahr
- Vorhandensein von zumindest einen Risikofaktor oder mehrerer

Füllen Sie diese Checkliste aus und vereinbaren Sie einen Arzttermin mit MEDIVISIT.

Es erfolgt eine ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung. Abhängig der Risikoeinschätzung und den persönlichen Bedürfnissen erfolgt weiterhin eine Knochendichtemessung. Die Befunde werden besprochen.

Präventive und therapeutische Maßnahmen werden eingeleitet. Bei Notwendigkeit erfolgt eine fachspezifische Mitbetreuung.

Dr. med. Ph. Veeckman
Hausarzt | Chirurg | Herzchirurg
Devrientstr. 4
76185 Karlsruhe

Termin nach Vereinbarung
Mobil: 0151 / 57857871
Fax: 0721 / 8303129
info@medivisit-ka.de
www.medivisit.de

Vorname: _____	Nachname: _____
Straße: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon: _____	Fax: _____
Mobil: _____	E-Mail: _____
Geb.- Dat.: _____	Krankenkasse: _____

Alter:

Geschlecht:

männlich weiblich

Körpergröße (in cm):

_____ (mit 40 Jahren) _____ (aktuell)

Aktuelles Gewicht (in kg):

Body Mass Index: (Ihr Gewicht in Kg teilen durch das Quadrat Ihrer Körpergröße in Meter = BMI)

Leiden Sie unter Rückenschmerzen, z.B. Beim Heben, Stehen, Laufen oder Sitzen?

ja nein

Haben Sie sich bei einem geringfügigen Unfall einen Knochen gebrochen?

ja nein

Hat jemand in der näheren Verwandtschaft Osteoporose?

ja nein

Nehmen oder nahmen Sie häufiger Cortison-Präparate? Wenn ja, seit wann?

ja nein

Wurde bei Ihnen eine Chemotherapie durchgeführt?

ja nein

Besteht bei Ihnen eine Milchunverträglichkeit?

ja nein

Haben Sie eine entzündlich-rheumatische Erkrankung?

ja nein

Haben Sie eine entzündliche Darmerkrankung?

ja nein



OSTEOPOROSE

RISIKO-CHECKLISTE

SEITE 2

Wurde bei Ihnen eine Magenresektion durchgeführt?

ja nein

Wurde bei Ihnen ein Organ transplantiert?

ja nein

Haben Sie derzeit eine vorwiegende...

... sitzende Tätigkeit?

ja nein

... körperliche Tätigkeit?

ja nein

Wurde bei Ihnen ein Organ transplantiert?

ja nein

Bewegen Sie sich täglich draußen mindestens ½ Stunde?

ja nein

Betreiben Sie regelmäßig Sport?

ja nein

Nur für Frauen

Nehmen oder nahmen Sie weibliche Geschlechtshormone?

Von _____ bis _____

Wann war die erste Regelblutung?

Wann war die letzte Regelblutung?

Ist eine Gebärmutter- oder Eierstockentfernung vorgenommen worden?

ja nein

Hatten oder haben Sie Brustkrebs?

ja nein

Datum:

Unterschrift Patient/in:

