

Verlaufsfragebogen Osteoporose

Fragen zu Veränderungen seit der letzten Untersuchung

Name: Datum:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte zutreffende Aussage bei Ja oder Nein ankreuzen!

Ja

Nein

		Ja	Nein
1	Ich verlasse täglich meine Wohnung für mehr als eine Stunde.		
2	Ich versorge meinen Haushalt weitgehend allein.		
3	Ich benötige Hilfe zum Einkaufen.		
4	Ich treibe regelmäßig Sport / Gymnastik.		

5	Ich bin mehr als einmal in den vergangenen 6 Monaten gestürzt.		
6	Ich stolpere häufig.		
7	Mir ist oft schwindelig.		
8	Ich bin gehbehindert.		
9	Ich benutze eine Gehh Rollator		
10	Ich nehme fast täglich Beruhigungs- und Schlafmittel.		

11	Ich bekomme in der Zwischenzeit neue Medikamente.		
12	Ich habe eine neue Krankheit.		
13	Ich war in der Zwischenzeit im Krankenhaus.		
14	Neuer Knochenbruch in den vergangenen 6 Monaten.		
15	Ich habe in der letzten stark abgenommen		
16	Ich habe Rückenschmerzen; die Schmerzen sind schlimmer geworden. Bitte beurteilen Sie ihre aktuellen Schmerzen auf einer Skala zwischen 1 - 10. (10 für nicht erträgliche Schmerzen und 1 leichte Schmerzen)		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	<input type="checkbox"/>		

17	Hat sich das Befinden geändert?		
18	Meine Aktivität/Mobilität/Selbständigkeit hat sich verändert.		
19	Hormonbehandlung bei Brustkrebs /Prostatakrebs.		
20	Schilddrüsentabletten nehme ich regelmäßig.		
21	Ich nehme zurzeit Kortison.		
22	Ich leide an Durchfall		
23	Ich leide an Epilepsie oder Parkinson oder hatte einen Schlaganfall.		
24	Täglich trinke ich ~1/2 Liter Milch oder esse einen Becher Joghurt, oder täglich esse ich ~ 2 Scheiben Käse.		
25	Sonstiges?		