



Fragebogen zur Osteoporoseabklärung

Bitte alle Seiten vollständig ausfüllen und am Termin in die Praxis mitbringen.

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon
Adresse	Mobile
PLZ/Ort	Garant
Grösse (max.) cm	Gewicht kg KG
Hat Ihre Mutter oder Ihr Vater einen Oberschenkelbruch erlitten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie selbst Knochenbrüche nach einem Sturz aus Stehhöhe erlitten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, in welchem Alter?	
Welcher Knochen	
Wie war Ihre maximale Körpergrösse (Passgrösse)?	
Nehmen Sie Kortison ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, in welcher Dosierung und seit wann?	
Haben Sie früher während längerer Zeit Kortison eingenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, ungefähre Dosierung und Dauer der Behandlung?	
Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose (z. B. Calcium, Vitamin D, Bisphosphonat) oder andere Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche – seit wann?	
Rauchen Sie täglich > 10 Zigaretten/Tag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Trinken sie mehr als 3 Gläser Wein oder 1 Liter Bier pro Tag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie an einer Überfunktion der Nebenschilddrüse ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nehmen Sie regelmässig antiepileptische Medikamente ein (z. B. Phenytoin, Carbamazepin)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, wie oft?	
Wurden bei Ihnen Magen-/Darmgeschwüre diagnostiziert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie an einer entzündlichen Darmerkrankung ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Spritzen Sie sich aufgrund einer Diabetes mellitus regelmässig Insulin ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Leiden Sie an einer Rheumatoiden Arthritis oder Spondylarthritis ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie im vergangenen Jahr gestürzt ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, wie oft?	
Grund (Stolpern, Schwindel)?	
Bewegen Sie sich wenig, sitzen Sie viel oder liegen Sie auch tagsüber viel und verlassen Ihre Wohnung selten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Halten Sie sich täglich mindestens 30 Minuten im Freien auf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Fragebogen zur Osteoporoseabklärung

Wieviel Milch trinken Sie pro Woche?	.....	dl
Wieviel Joghurt (180 g) essen Sie pro Woche?	.....	Becher
Wieviel Quark (100 g) essen Sie pro Woche?	.....	Becher
Wie oft pro Woche essen Sie Hartkäse ? (Emmentaler, Greyerzer etc.)		
Kleine Portion 20 g	.....	Portionen
Mittlere Portion 30 g	.....	Portionen
Grosse Portion 50 g	.....	Portionen
Wie oft pro Woche essen Sie Weichkäse ? (Camembert, Brie, Ziegenkäse etc.)		
Kleine Portion 20 g	.....	Portionen
Mittlere Portion 30 g	.....	Portionen
Grosse Portion 50 g	.....	Portionen
Wie oft pro Woche essen Sie Frischgemüse ? (inkl. Salat, Gemüsesuppe)		
Kleine Portion 75 g	.....	Portionen
Mittlere Portion 150 g	.....	Portionen
Grosse Portion 250 g	.....	Portionen
Wieviel Scheiben Brot (50 g = dünne Scheibe) essen Sie durchschnittlich pro Tag?	.....	Scheiben
Wieviel Reihen Milchschokolade essen Sie pro Woche?	.....	Reihen
Wieviel Leitungswasser trinken Sie pro Tag?	.....	dl
Wieviel Mineralwasser trinken Sie pro Tag?	.....	dl
Welche Marke(n)?	.....

Nur von Frauen zu beantworten

Haben Sie eine regelmässige Monatsblutung ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, in welchem Alter hörte sie auf?	.....	Jahre
Stehen Sie unter einer Hormonbehandlung ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, seit wann?	.....
Standen Sie früher unter einer Hormonbehandlung ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Grund des Abbruchs?	.....
Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann?	.....
Wurde bei Ihnen die Eierstöcke entfernt ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann?	.....
Leiden oder litten Sie an Brustkrebs ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kommt in Ihrer Familie Brustkrebs gehäuft vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Venenthrombosen durchgemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Lungenembolien durchgemacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Nur von Männern zu beantworten

Hat Ihre Körperbehaarung abgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Abnahme der Hodengrösse bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihnen ein Brustwachstum aufgefallen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihre Sexualfunktion abgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon
Adresse	Mobile
PLZ/Ort	Garant

Wichtige Hinweise zur Knochendichtemessungen DEXA

Vorbereitung für die Knochendichtemessung:

- Für die Untersuchung müssen alle Kleidungsstücke mit Metall ausgezogen werden (BH-Bügel/-Verschluss, Korsagen, Druckknöpfe, Metallknöpfe, Reissverschluss etc.).
- Wenn Ihnen das An- und Ausziehen Mühe bereitet, kommen Sie bitte mit metallfreier, legerer Kleidung zur Untersuchung (Frauen evtl. mit Unterhemd oder Soft-BH; ohne BH mit Verschluss, Korsage oder Body).
- Bitte entfernen Sie Piercings VOR der Untersuchung.

Die Knochendichtemessung ist **NICHT möglich**, ...

- wenn bei Ihnen innerhalb der letzten 7 Tage vor dem DEXA-Termin eine Kontrastmitteluntersuchung mittels Röntgen oder CT durchgeführt worden ist.
- wenn Sie in den Vorderarmen, im Rücken oder der Hüfte **Metall oder Knochenzement** haben (Osteosynthesematerial, Implantate etc.).
- wenn Sie **schwanger** sind.

→ Bitte **rufen Sie uns gegebenenfalls an**, um den Termin abzusagen/zu verschieben und das weitere Vorgehen zu besprechen! – **Telefon 031 330 17 77**

Informationen über die Kosten und Abrechnung

Gemäss sämtlichen internationalen Richtlinien sind mindestens 2 Messregionen für eine korrekte Beurteilung der Knochendichtemessung erforderlich (LWS und Hüfte und evtl. Vorderarm). Bei einer Knochendichtemessung mit vertebraler Frakturanalyse werden sogar mindestens 3 Messregionen benötigt.

Der Rechnungsbetrag für eine Messregion beträgt in der Regel rund CHF 65.— (Tarmed-Positionen 39.1950 und 39.2140), für zwei Messregionen rund CHF 114.— (Tarmed-Positionen 2x 39.1950 und 1x 39.2140), etc.

Das Berner Rheumazentrum verrechnet die Knochendichtemessung separat und schickt die Rechnung an den Patienten. Der Patient kann die Rechnung bei seiner Krankenkasse einreichen; eine Rückvergütung durch die Krankenkasse kann das Berner Rheumazentrum nicht garantieren. Wir weisen Sie darauf hin, dass immer weniger Krankenkassen die Kosten für die Knochendichtemessung übernehmen.

Einverständniserklärung

Ich habe die obigen Informationen gelesen und zur Kenntnis genommen, meine Fragen wurden mir beantwortet und ich bin mit der vorgeschlagenen Untersuchung und den Kostenfolgen einverstanden.

Datum:

Unterschrift: