



Osteoporose Risikotest

Für den Mann

Allgemeines

Name: _____

Alter: _____ Jahre

Lebensführung

Körpergewicht: _____ kg

Aktuelle Körpergröße: _____ cm

Frühere Körpergröße: _____ cm

Eingeschränkte Gehfähigkeit
(weniger als 100m am Stück) Ja Nein

Nikotinkonsum (Rauchen – Schnupftabak) Ja Nein

Stürze / Brüche

mehr als ein Sturz in den letzten 12 Monaten
(ohne äußeren Anlass) Ja Nein

Bruch von Arm, Fuß, Bein, Rippen oder Becken
nach dem 50. Lebensjahr Ja Nein

Wirbelkörperbruch
(nach einfachen körperlichen Tätigkeiten
oder nach einem Sturz aus dem Stand) Ja Nein

(Ober)Schenkelhalsbruch von Vater oder Mutter Ja Nein

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Diabetes mellitus Typ 1 Ja Nein

Epilepsie (Krampfanfälle) Ja Nein

Rheumatoide Arthritis Ja Nein

Hochgradige oder komplette Entfernung
des Magens Ja Nein

Überfunktion der Nebenniere Ja Nein

Überfunktion der Nebenschilddrüse Ja Nein

Wachstumshormon-Mangel bei Erkrankung der
Hirnanhangsdrüsen Ja Nein

Medikamente

Nehmen Sie eine der folgenden Kortison-artigen Tabletten (Glukokortikoide) seit mehr als 3 Monaten oder für eine geplante Zeitdauer von mehr als 3 Monaten ein oder haben Sie eine dieser Tabletten über längere Zeit in den letzten beiden Jahren eingenommen?

Hydrocortone® (Cortisol)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 30 mg/Tag	<input type="checkbox"/> 30 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein
Cortison CIBA® (Cortison)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 37,5mg/Tag	<input type="checkbox"/> 37,5 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein
Syntestan® (Cloprednol)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 3,75mg/Tag	<input type="checkbox"/> 3,75 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein
Decortin® (Prednison)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 7,5 mg/Tag	<input type="checkbox"/> 7,5 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein
Calcort® (Deflazacort)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 9 mg/Tag	<input type="checkbox"/> 9 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein
Urbason® (Methylprednisolon)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 6 mg/Tag	<input type="checkbox"/> 6 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein
Ultralan® (Fluocortolon)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 7,5 mg/Tag	<input type="checkbox"/> 7,5 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein
Volon® (Triamcinolon)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 6 mg/Tag	<input type="checkbox"/> 6 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein
Celestan® solubile (Betamethason)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 0,9 mg/Tag	<input type="checkbox"/> 0,9 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein
Fortecortin® (Dexamethason)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis 1,1 mg/Tag	<input type="checkbox"/> 1,1 mg und mehr/Tag	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> nein

Werden Sie nach einem Prostata – Karzinom mit einem der folgenden Medikamente als Tablette und /oder Spritze behandelt oder sind Sie damit in den letzten Jahren behandelt worden?

Androcal®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Goserelin®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bicalutamid®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Parnorelin®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Decapeptyl®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Profact®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eligard®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Prostica®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Enantone®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Suprefact®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Flutamid®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Uropaptyl®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fugerel®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zoladex®	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Müssen Sie sich aufgrund von Diabetes Insulin spritzen? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel oder Antidepressiva ein? Ja Nein

Osteoporose–Abklärung nach DVO Leitlinie empfohlen?

Ja Nein

Wichtiger Hinweis:

Dieser Risikotest kann keine persönliche Beratung durch Ihren Arzt ersetzen. Sprechen Sie daher unbedingt Ihren Arzt auf das Ergebnis dieses Risikotests an.