



## DEXA FRAGEBOGEN

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ Menopause im Alter von: \_\_\_\_\_

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Vorbefunde Knochendichte                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diesbezügliche Medikamente                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Familiäre Anamnese (Osteoporose)          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Regelmäßig Sport/Bewegung                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Starke Größenabnahme in letzter Zeit      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Regelmäßiger Alkoholkonsum 1x/d           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Raucher                                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Cortison-Präparate über längeren Zeitraum | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

- |                           |                          |                            |               |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------|
| LWS-Fraktur/OP            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Wann? _____   |
| Hüfte-Fraktur/OP          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Wann? _____   |
| Handgelenk-Fraktur/OP     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Wann? _____   |
| Brust-OP/Medikation       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? _____ |
| Unterbauch-OP             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? _____ |
| Schilddrüsen-Überfunktion | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____         |

### Chronische Erkrankung

- |                            |                          |                            |               |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------|
| Magen-Darm                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? _____ |
| Pankreas                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? _____ |
| Polyarthrit                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |               |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |               |
| Bluthochdruck              | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |               |
| Multiple Sklerose (MS)     | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |               |