



JUDEXA – CENTRE D’OSTEODENSITOMETRIE MOBILE

DRS M. BRAUN - P. ELSÄSSER - P. QUADRI - S. FATIO - A. HERNANDEZ - J. HAINZT – R. VALCOV
Rue les Fontenayes 17, 2610 Saint-Imier
Tél : 032 942 23 30 / Fax: 032 942 20 20

www.judexa.ch

www.irjb.ch

judexa@hjbe.ch

FRAGEBOGEN
ZUR ERFASSUNG WICHTIGER PERSÖNLICHER DATEN HINSICHTLICH DER AUSWERTUNG
DER KNOCHENDICHTE-UNTERSUCHUNG

Sehr geehrte Dame, Sehr geehrter Herr,
Sie werden sich nun einer Untersuchung zur Bestimmung der Knochendichte unterziehen. Die Untersuchungsmethode besitzt eine Genauigkeit von 99 % und stellt das einzige zuverlässige Messverfahren zur Erfassung Ihres Risikos, im späteren Leben einen Knochenbruch wegen erhöhter Knochenbrüchigkeit zu erleiden.
Die Untersuchung ist schmerzfrei und verursacht kein nennenswertes Risiko für Ihre Gesundheit. Es ist ferner möglich, die Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt zu wiederholen und damit das Ergebnis einer Behandlung zu erfassen.
Zusätzliche Informationen über Ihren Gesundheitszustand ermöglichen dem Arzt, die Auswertung der Untersuchung aufgrund Ihrer persönlichen Krankengeschichte zu fassen, und damit Ihrem zuweisenden Hausarzt einen angepassten Behandlungsvorschlag zu unterbreiten.

Wir danken Ihnen im Voraus für die gewissenhafte Beantwortung der Fragen

Datum: Name Vorname:

1. Im Alter von 25 Jahren, Ihre Körpergröße betrug: cm

2. Wurde jeweils oder wird gegenwärtig noch bei Ihnen eine Kortison Behandlung durchgeführt?

Ja Nein

Wenn ja, bitte den Namen und die Medikamentendosis unterstreichen:
Prednison, Spiricort, andere:5 mg, 10 mg, 20 mg, 50 mg, 100 mg Anzahl
Tabletten:seit / während :
Ich erinnere mich nicht mehr an die Dauer oder die Dosis des Medikamentes

3. Kennen Sie Osteoporose Fälle in Ihrer Familie?

Ja Nein

Falls Ja, welche Art von Frakturen?

	Wirbelfrakturen	Schenkelhalsfrakturen	Andere Frakturen
Vater			
Mutter			
Schwester			

4. Für Frauen: haben Sie schon die Menopause?

Ja: Seit (Alter): Nein

Falls Ja, bekommen Sie eine Hormonbehandlung?

Ja Name des Medikamentes und Dosis : Seit: :
 Nein

5. Wurden bei Ihnen jeweils die Gebärmutter und /oder Die Eierstöcke herausgenommen ?

Ja Datum (oder Alter) :
 Nein

6. Erinnern Sie sich, ob Ihre Monatsblutungen mehrere Monate ausgeblieben sind? (ausgenommen während den Schwangerschaften)

Ja Wie lange?
 Nein

7. Hat sich Ihr Körpergewicht im Verlauf der letzten Monate wesentlich geändert ?

Ja : Wieviel Kg : + oder -
 Nein :

8. Rauchen Sie ?

Ja Anzahl Zigaretten/Zigarren/Pfeifen pro Tag :
 Nein

9. Ihr tägliche Alkoholeinnahme besteht aus (Getränke und Menge) :

.....

10. Welche körperliche Tätigkeiten üben Sie regelmäßig ?

.....

Anzahl wöchentliche Sitzungen und Dauer der Sitzung :

.....

11. Sind sie in den letzten 12 Monaten gestürzt ? Ja Nein

Falls ja, wie häufig?.....

12. Haben Sie jeweils an Knochenbrüchen gelitten ? Ja Nein

Wenn ja, welche, mit welchem Alter und wie ?

Frakturart	In welches Alter ?	Entstehungsweise

13. Leiden Sie an einer rheumatischen Erkrankung, an einem neurologischen Leiden, an einer entzündlichen Darmerkrankung, an Zuckerkrankheit, an chronischer Bronchitis oder an einem Nierenleiden? Oder Laktose oder Gluten Intoleranz?

.....
.....
.....

14. Befinden Sie sich gegenwärtig unter einer Behandlung mit Hormonantagonisten wegen Brust- oder Prostatakrebs?

Falls ja, bitte Medikament eingeben:.....seit:.....

15. Bekommen Sie Medikamente gegen Epilepsie ?

Ja Nein

Welche:

Seit:

16. Sind Sie oder waren Sie früher bereits in Behandlung für Osteoporose ?

Ja Nein

Die meist gebrauchten Medikamente gegen Osteoporose sind hier erwähnt, falls sie bei Ihnen eingesetzt wurde, bitte ausfüllen :

Kalzium und / oder Vitamin D haltige Medikamente :

Calcium D 3 F oder FF

Calcimagon D3

Calcimagon D3 forte

Calperos D3

Kalzium Bürgerstein

Vidé3 Tropfen.

Medikamente gegen Osteoporose: Forsteo, Fosamax, Fosavance, Alendron, Actonel, Binosto, Bonviva, Prolia, Aclasta

Medikament	Dosierung	Posologie	Seit	Abbruch

17. Sind Sie klein und mager ?

ja

nein

TÄGLICHE CALCIUMZUFUHR AUS NAHRUNGSMITTELEN

	DEFINIERTER PORTION	ANZAHL PORTIONEN	CALCIUM-KOEFFIZIENT*	TÄGLICHE CALCIUMZUFUHR
1• Trinken Sie TÄGLICH Milch? - WENN JA , wieviel Deziliter PRO TAG ? - WENN NEIN , wieviel Deziliter PRO WOCHE ?	1 dl 1 dl		120 17	mg mg
2• Wieviel Joghurts essen Sie PRO WOCHE ?	180 g	X	33	mg
3• Wieviel Portionen Frischkäse essen Sie PRO WOCHE ? (z.B. Blanc battu, Quark, Hüttenkäse,...)	150 g	X	19	mg
4• Wieviel Portionen Weich- und/oder Schmelzkäse essen Sie PRO WOCHE ? (z.B. Camembert, Brie, Tomme, La vache qui rit...)	30 g	X	17	mg
5• Wieviel Portionen Hart- und/oder Halbhartkäse essen Sie PRO WOCHE ? (z.B. Sbrinz, Emmentaler, Gruyère, Tilsiter, Appenzeller...)	30 g	X	40	mg
6• Wieviel Portionen Reibkäse fügen Sie PRO WOCHE Speisen wie Teigwaren, Gratin, Risotto, Lasagne, Pizza bei?	1 Esslöffel (= 15 g Reibkäse)	X	19	mg
7• Trinken Sie Mineralwasser? Name Ihrer üblichen Marke: Wenn ja, wieviel Deziliter PRO TAG ?	1 dl	X für den korrigierten S. Liste	mg
TOTAL				mg
+ Durchschnittliche tägliche Calciumzufuhr durch andere Nahrungsmittel und Getränke**				+ 200 mg
TOTAL DER TÄGLICHEN CALCIUMZUFUHR				mg

Name:

Alter: Ausgefüllt am:

Behandlung mit Calciumsupplement:

Dosierung: