

**JUDEXA – CENTRE D'OSTEODENSITOMETRIE MOBILE**

DRS M. BRAUN - P. ELSÄSSER - P. QUADRI - S. FATIO - A. HERNANDEZ – R. VALCOV – F. AHMANNA CHAKIR  
Rue les Fontenayes 17, 2610 Saint-Imier  
Tél : 032 942 23 26 / Fax: 032 942 20 20

[www.judexa.ch](http://www.judexa.ch)

[www.irjb.ch](http://www.irjb.ch)

[judexa@hjb.ch](mailto:judexa@hjb.ch)

**FRAGEBOGEN**

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

Sehr geehrte Dame, Sehr geehrter Herr,

Sie werden sich nächstens 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 allfälligen Behandlung zu erfassen.

Zusätzliche Informationen über Ihren Gesundheitszustand ermöglichen dem Spezialarztcomme 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, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 50 mg, 100 mg, andere:  Anzahl täglich:

Warum: ..... Seit wann: .....

Ich erinnere mich nicht mehr an die Dauer oder die Dosis des Medikamentes

**3. Für Frauen: Befinden Sie sich der Menopause?**

Ja: Seit (Alter): .....

Nein

**4. Falls Ja, befinden Sie sich unter einer Hormonbehandlung?**

Ja Name des Medikamentes und Dosis :..... Seit:

Nein

**5. Gibt es Fälle von Osteoporose in Ihrer Familie?**

Ja

Nein

Falls Ja, welche Art von Frakturen?

	Wirbelfrakturen	Schenkelhalsfrakturen	Andere Frakturen
Vater			
Mutter			
Schwester			

**6. Wurden bei Ihnen die Gebärmutter und /oder Die Eierstöcke entfernt?**

- Ja Datum (oder Alter): .....
- Nein

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

- Ja Wie lange? .....
- Nein

**8. Hat sich Ihr Körpergewicht im Verlauf der letzten Monate wesentlich verändert?**

- Ja: Wieviel Kg: + oder - .....
- Nein:

**9. Rauchen Sie?**

- Ja Anzahl Zigaretten/Zigarren/Pfeifen pro Tag: .....
- Nein

**10. Ihr täglicher Alkoholeinnahme besteht aus (Getränke und Menge):**

.....

**11. Welche körperliche Tätigkeiten üben Sie regelmäßig aus?**

.....

Anzahl Aktivitäten pro Woche und deren Dauer:

.....

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

Falls ja, wie häufig?.....

**13. Haben Sie jeweils an Knochenbrüchen erlitten?** Ja  Nein

Wenn ja, welche, mit welchem Alter und wie?

Frakturart	In welchem Alter ?	Entstehungsweise

**14. Leiden Sie an einer rheumatischen Erkrankung, an einem neurologischen Leiden, an einer entzündlichen Darmerkrankung, an Zuckerkrankheit, an chronischer Bronchitis oder an einem Nierenleiden, besteht bei Ihnen eine Laktose- oder Gluten-Unverträglichkeit?**

.....  
 .....

**15. Leiden Sie an einer neurologischen Krankheit, die Ihr Gleichgewicht beeinträchtigt, z. B. Parkinson'sche Krankheit, Lähmung des Zentralnervensystems, Muskelleiden?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche Erkrankung: .....

**16. Leiden Sie an einer Blasenschwäche, oder sind Sie gezwungen, insbesondere bei Nächtlichem Harndrang unverzüglich zur Toilette zu gehen?**

Ja  Nein

**17. Werden Sie gegenwärtig mit Hormon-Hemmern wegen Brust – oder Prostatakrebs behandelt?**

Ja  Nein

Falls ja, bitte Medikament angeben:

..... seit .....

**18 Nehmen Sie Medikament gegen Epilepsie ein?**

Ja  Nein

Welche: .....Seit.....

**19. Werden Sie oder wurden Sie früher wegen einer Osteoporose behandelt?**

Ja  Nein

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

Kalzium und / oder Vitamin D haltige Medikamente:

Calcium D 3 F oder FF

Calcimagon D3

Calcimagon D3 forte

Calperos D3

Kalzium Bürgerstein

Vidé3 Tropfen.

Luvit D3

Medikamente gegen Osteoporose: Forsteo, Movymia, Terrosa, (täglich während 18-24 Monaten gespritzt), Fosamax, Fosavance, Alendron, Actonel, Binosto, Evista (alle täglich) Bonviva (monatlich oder dreimonatlich oder dreimonatlich, falls gespritzt), Evenity (monatlich, gespritzt), Prolia (sechs – monatlich gespritzt), Aclasta (jährlich gespritzt).

Medikament	Dosierung	Dosierung	Seit	Abbruch

# TÄGLICHE CALCIUMZUFUHR AUS NÄHRUNGSMITTELEN

	DEFINIERTE PORTION	ANZAHL PORTIONEN	CALCIUM-KOEFFIZIENT*	TÄGLICHE CALCIUMZUFUHR
1 • Trinken Sie TÄGLICH Milch? - WENN JA, wieviel Deziliter <b>PRO TAG?</b> - WENN NEIN, wieviel Deziliter <b>PRO WOCHER?</b>	1 dl 1 dl	<input checked="" type="checkbox"/>	120 17	mg mg
2 • Wieviel Joghurts essen Sie <b>PRO WOCHER?</b>	180 g	<input checked="" type="checkbox"/>	33	mg
3 • Wieviel Portionen Frischkäse essen Sie <b>PRO WOCHER?</b> (z.B. Blanc battu, Quark, Hüttenkäse,...)	150 g	<input checked="" type="checkbox"/>	19	mg
4 • Wieviel Portionen Weich- und/oder Schmelzkäse essen Sie <b>PRO WOCHER?</b> (z.B. Camembert, Brie, Tomme, La vache qui rit,...)	30 g	<input checked="" type="checkbox"/>	17	mg
5 • Wieviel Portionen Hart- und/oder Halbhartkäse essen Sie <b>PRO WOCHER?</b> (z.B. Sbrinz, Emmentaler, Gruyère, Tilsiter, Appenzeller,...)	30 g	<input checked="" type="checkbox"/>	40	mg
6 • Wieviel Portionen Reibkäse fügen Sie <b>PRO WOCHER?</b> Speisen wie Teigwaren, Gratin, Risotto, Lasagne, Pizza bei?	1 Esslöffel = 15 g Reibkäse	<input checked="" type="checkbox"/>	19	mg
7 • Trinken Sie Mineralwasser? Name Ihrer üblichen Marke: Oder Leitungswasser Wenn ja, wieviel Deziliter <b>PRO TAG?</b>	1 dl	<input checked="" type="checkbox"/>	..... für gute Konzentrationen s. Liste	mg

Name: .....

Aller: ..... Ausgefüllt am: .....

Behandlung mit Calciumsupplement: .....

Dosierung: .....

<b>TOTAL</b>	<b>mg</b>
+ Durchschnittliche tägliche Calciumzufuhr durch andere Nahrungsmittel und Getränke**	<b>+ 200 mg</b>
<b>TOTAL DER TÄGLICHEN CALCIUMZUFUHR</b>	<b>mg</b>

20. Helfen sie uns, Ihre tägliche Kalziumeinnahme zu berechnen und füllen Sie bitte den auf der Rückseite aufgeführten Fragebogen aus:

\* PRODI 4, Ernährungs- und Diätberatungsprogramm, Version 4.5/02, 1998  
 \*\* P. Burckhardt, Vitamin D, Calcium-Versorgung und Osteoporose in der Schweiz, 4. Schweizerischer Ernährungsbericht, 1998, S. 250 - 260.

