

Osteoporose-Fraktur-Risikotest

- Ihre persönliche Checkliste -

| | Ja | Nein |
|---|-----|------|
| • Familiäre Vorbelastung | | |
| Vater und/oder Mutter hatten Knochenbrüche | ___ | ___ |
| Vater und/oder Mutter hatten einen Rundrücken | ___ | ___ |
| • Persönliche Daten | | |
| Ich bin älter als 65 Jahre | ___ | ___ |
| Ich bin untergewichtig oder habe deutlich Gewicht verloren | ___ | ___ |
| Ich fühle mich schwach und krank | ___ | ___ |
| Ich hatte eine Fraktur nach dem 50. Lebensjahr | ___ | ___ |
| Bei mir wurde eine niedrige Knochendichte gemessen (SD -2,5) | ___ | ___ |
| Ich habe falsche Zähne | ___ | ___ |
| Ich habe schwache Muskulatur | ___ | ___ |
| Ich sehe schlecht trotz Brille | ___ | ___ |
| Ich habe brüchige, dünne Fingernägel | ___ | ___ |
| Mir fällt eine deutliche Hautalterung mit Falten auf | ___ | ___ |
| • Körperliche Verfassung | | |
| Ich habe als Kind wenig Sport getrieben | ___ | ___ |
| Ich treibe keinen Sport und bewege mich wenig | ___ | ___ |
| Ich bin länger bettlägerig oder auf den Rollstuhl angewiesen | ___ | ___ |
| Ich komme selten mehr als 1/2 Stunde täglich an die Sonne | ___ | ___ |
| Mein Herzschlag in Ruhe ist höher als 80 pro Minute | ___ | ___ |
| Ich stolpere oder stürze leicht | ___ | ___ |
| Mir wird leicht schwindlig, wenn ich schnell aufstehe | ___ | ___ |
| • Frauensache | | |
| Ich hatte die erste Menstruation nach dem 15. Lebensjahr | ___ | ___ |
| Ich habe eine unregelmäßige Periode | ___ | ___ |
| Die Menopause trat bei mir vor dem 45. Lebensjahr auf | ___ | ___ |
| Meine Eierstöcke mußten früh operativ entfernt werden | ___ | ___ |
| Ich bin Mutter mehrerer Kinder | ___ | ___ |
| Ich habe gestillt | ___ | ___ |
| Ich bin an Brustkrebs erkrankt | ___ | ___ |
| • Männersache | | |
| Bei mir wurde ein niedriger Testosteron-Spiegel gemessen | ___ | ___ |
| Bei mir ist eine Unterfunktion der Hoden bekannt | ___ | ___ |
| Ich bin an Prostatakrebs erkrankt | ___ | ___ |
| • Ernährung | | |
| Ich verzehre selten Milch, Käse und Milchprodukte | ___ | ___ |
| Ich bin auf Milchprodukte allergisch | ___ | ___ |
| Ich esse selten frisches grünes Gemüse | ___ | ___ |
| Ich esse mehrfach Fleischgerichte pro Tag | ___ | ___ |

| | | |
|--|-----|-----|
| Ich salze meine Speisen regelmäßig | ___ | ___ |
| Ich esse häufig „fast food“ oder verpackte Nahrung | ___ | ___ |
| Ich verwende häufig und gerne Zucker | ___ | ___ |

• **Lebensstil**

| | | |
|---|-----|-----|
| Ich bin Raucher (täglich eine Schachtel oder mehr) | ___ | ___ |
| Ich war starker Raucher | ___ | ___ |
| Ich trinke mehr als 2 Tassen Kaffee oder 4 Tassen Tee pro Tag | ___ | ___ |
| Ich trinke mehr als 2 Dosen Cola pro Tag | ___ | ___ |
| Ich trinke mehr als 2 alkoholische Getränke pro Tag | ___ | ___ |

• **Krankheiten**

| | | |
|--|-----|-----|
| Ich habe eine Überfunktion der Schilddrüse | ___ | ___ |
| Ich habe eine chronische Nieren- oder Lebererkrankung | ___ | ___ |
| Ich habe eine entzündliche Darmerkrankung | ___ | ___ |
| Ich bin Diabetiker | ___ | ___ |
| Ich habe oft Verdauungsprobleme (Blähungen, Durchfall) | ___ | ___ |
| Ich habe ständig nächtliche Beinkrämpfe | ___ | ___ |
| Ich habe eine Magen- oder Darmoperation hinter mir | ___ | ___ |

• **Medikamente**

| | | |
|--|-----|-----|
| Ich mußte länger als ein halbes Jahr Prednison nehmen | ___ | ___ |
| Ich mußte länger als ein halbes Jahr Heparin oder Marcumar nehmen | ___ | ___ |
| Ich mußte länger als ein halbes Jahr Mittel gegen Epilepsie nehmen | ___ | ___ |
| Ich muß Tranquilizer oder Psychopharmaka nehmen | ___ | ___ |

| | | |
|--------------|-----|-----|
| Total | ___ | ___ |
|--------------|-----|-----|

Wenn Sie bei 5 stark gedruckten oder 10 normal gedruckten Fragen mit „Ja“ geantwortet haben, dann tragen Sie ein hohes Risiko, in der Zukunft eine Osteoporose-bedingte Fraktur zu erleiden. Ein konsequentes Vorsorgeprogramm sollte mit dem Arzt besprochen und durchgeführt werden. Knochendichtemessungen mittels DXA in jährlichen Abständen sind zu empfehlen.

Risikofaktoren zusammengestellt von Prof. Dr. Reiner Bartl