

Fragebogen zum Programm

Starke Muskeln - Feste Knochen



Name: _____

Geb.datum: _____

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Allgemeines	Ja	Nein
Sind Sie über 60 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie über 70 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in Ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt? (weniger als 100 m am Stück)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stürze / Brüche	Ja	Nein
Sind Sie häufiger als 1x gestürzt in den letzten 12 Monaten? (ohne äußeren Anlass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie nach dem 50. Lebensjahr einen Bruch von Arm, Rippen, Becken, Bein oder Fuß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon mal einen Wirbelsäulenbruch? (nach einfachen körperlichen Tätigkeiten oder nach einem Sturz aus dem Stand?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Ihr Vater oder Ihre Mutter einen Oberschenkelhalsbruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?	Ja	Nein
Diabetes mellitus Typ 1 (jugendlicher Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliches Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilweise oder komplette Entfernung des Magens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente	Ja	Nein
Müssen Sie sich aufgrund von Diabetes Insulin spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel oder Antidepressiva ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Kortisontabletten seit mehr als 3 Monaten? (aktuell oder in den letzten beiden Jahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur Frauen	Ja	Nein
Werden Sie zurzeit oder wurden Sie in den letzten Jahren mit einem der folgenden Medikamente nach Brustkrebs behandelt? Arimidex [®] , Femara [®] , Aromasin [®]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur Männer	Ja	Nein
Werden Sie zurzeit oder wurden Sie in den letzten Jahren mit einem der folgenden Medikamente nach Hodenkrebs behandelt? Eligard [®] , Enantone [®] , Profact [®]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>