

Testen Sie Ihr Osteoporose-Risiko

Risiko-Check für Männer

zutreffendes bitte ankreuzen

- 1a** Hatten sich Ihre Mutter oder Ihr Vater aus geringfügigem Anlass oder nach einem leichten Sturz das Hüftgelenk oder das Handgelenk gebrochen?
- | | | | |
|--|------|-----|---|
| | ja | () | 1 |
| | nein | () | 0 |
- 1b** Wie alt sind Sie?
- | | | | |
|--|--------------------|-----|---|
| | unter 60 Jahre | () | 0 |
| | 60 – 69 Jahre | () | 1 |
| | 70 – 79 Jahre | () | 2 |
| | älter als 79 Jahre | () | 3 |
- 2** Haben Sie selbst aus geringfügigem Anlass oder nach einem leichten Sturz einen Knochenbruch erlitten?
- | | | | | | |
|--|--|------|-----|--|---|
| | Hüfte | ja | () | | 3 |
| | | nein | () | | 0 |
| | Handgelenk | ja | () | | 1 |
| | | nein | () | | 0 |
| | Wirbelsäule | ja | () | | 2 |
| | | nein | () | | 0 |
| | Schulter | ja | () | | 2 |
| | | nein | () | | 0 |
| | andere Brüche
(außer Kopf, Gesicht, Finger) | ja | () | | 1 |
| | | nein | () | | 0 |
- 3.** Haben Sie unter Impotenz, Mangel an Libido oder anderen Symptomen (z. B. verringertem Bartwuchs) gelitten, die mit einem Mangel an dem männlichen Geschlechtshormon Testosteron zusammenhängen?
- | | | | |
|--|------|-----|---|
| | ja | () | 2 |
| | nein | () | 0 |
- 4** Hatten Sie länger als 6 Monate eine Behandlung mit Kortison (Tabletten, Injektionen)
- | | | | |
|--|------|-----|---|
| | ja | () | 1 |
| | nein | () | 0 |
- 5** Sind Sie mehr als 5 cm kleiner geworden?
- | | | | |
|--|------|-----|---|
| | ja | () | 2 |
| | nein | () | 0 |
- 6** Bewegen Sie sich regelmäßig oder treiben Sie Sport (auch Gymnastik)?
- | | | | |
|--|------|-----|---|
| | ja | () | 0 |
| | nein | () | 1 |
- 7** Leiden Sie an folgenden Krankheiten?
- Kalziumaufnahme­störung im Darm (chronische Durchfälle, intestinale Malabsorption)
 - Überfunktion der Nebenschilddrüse (Hyperparathyreoidismus); Cushing-Syndrom
 - Chronische Nierenschwäche (wiederholte Nierensteine)
- | | | | |
|--|------|-----|---|
| | ja | () | 1 |
| | Nein | () | 0 |
- 8** Rauchen Sie?
- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--|---|
| | ja, > 5 Zigaretten / Tag | () | | 1 |
| | nein | () | | 0 |

Summe: _____

Ihr persönlicher Risikowert ist die Summe der eingetragenen Punkte.

- 0 – 4 Punkte: geringes Osteoporoserisiko
 5 – 6 Punkte: erhöhtes Osteoporoserisiko
 über 6 Punkte: hohes Osteoporoserisiko (max. Punktzahl 20)