

Wie hoch ist Ihr Osteoporose-Risiko? Machen Sie jetzt den Selbst-Test!

Ob unsere Knochen auch im Alter stark bleiben, hängt von vielen Faktoren ab. Mit den folgenden Fragen können Sie testen, ob Sie ein erhöhtes Risiko haben, an Osteoporose zu erkranken.

Familiengeschichte und persönliche Krankheitsgeschichte

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 1. Ihre Mutter oder Ihr Vater ist an Osteoporose (Symptome sind z.B. Knochenbrüche oder Rundrücken) erkrankt. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 2. Sie hatten bereits nach einem geringfügigen Stoß oder nach einem leichten Sturz einen Knochenbruch. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 3. Sie bekamen schon einmal länger als 3 Monate Cortikosteroide (z.B. Cortison, Prednison) als Tabletten und/oder Spritzen. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 4. Ihre Körpergröße hat in den letzten Jahren merklich abgenommen. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

Körperliche Verfassung/Krankheiten/Ernährung

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 5. Sie sind älter als 50 Jahre. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 6. Sie haben Untergewicht (Body Mass Index <20) oder haben in der letzten Zeit deutlich an Gewicht verloren. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 7. Sie haben jahrelang keinerlei sportliche bzw. körperliche Aktivitäten ausgeübt. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 8. Sie gehen selten aus dem Haus, oder Ihre Haut ist durch die Bekleidung fast nie der Sonnenstrahlung ausgesetzt. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 9. Sie nehmen selten Milchprodukte zu sich (z.B. Joghurt, Quark und Käse) oder Sie reagieren auf Milchprodukte allergisch (Laktose-Unverträglichkeit) und nehmen gleichzeitig kein Calcium-Ergänzungspräparat ein. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 10. Sie rauchen regelmäßig. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 11. Sie haben eine Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose) oder der Nebenschilddrüse (Hyperparathyreoidismus) oder eine Überproduktion von Cortisol (Hypercortisolismus). | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 12. Sie haben eine chronische Nierenerkrankung oder chronische Polyarthrit. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 13. Sie sind zuckerkrank (Diabetes Typ I). | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| 14. Sie haben eine Unverträglichkeit gegenüber Getreide-Eiweiß (Zöliakie) oder eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (z.B. Morbus Crohn) oder Sie leiden an Magersucht (Anorexia nervosa). | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

Speziell für Frauen

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 15. Bei Ihnen traten die Wechseljahre (Aufhören der Regelblutung) vor dem Alter von 45 Jahren ein. | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|

Speziell für Männer

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 16. Sie haben an sich Anzeichen eines niedrigen Testosteron-Spiegels bemerkt (z.B. schwächer werdender Bartwuchs, sexuelle Lustlosigkeit, Impotenz). | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|

Wenn Sie **eine oder mehrere** der oben aufgeführten Aussagen mit „Ja“ angekreuzt haben, empfehlen wir Ihnen, mit Ihrem Arzt zu sprechen. In diesem Fall ist eine weitere Abklärung erforderlich.