

Namn:.....

Personnummer:.....

Inför bentäthetsmätningen är vi tacksamma om du kan besvara följande frågor. **Ta med lappen till undersökningen.**

- Har du i **vuxen** ålder drabbats av en fraktur efter att ha fallit i samma plan, alltså inte från en höjd?

Ja ☐ Nej ☐Om du svarat **ja**, **vilken** fraktur drabbades du av?☐ Höft Årtal: ☐ Kota/kompression Årtal:☐ Handled Årtal: ☐ Överarm/axel Årtal:.....☐ Bäcken Årtal: ☐ Övrigt:..... Årtal:.....

- Har någon av dina föräldrar drabbats av en höftfraktur? Ja ☐ Nej ☐
Har eller hade någon av dina föräldrar osteoporos? Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐

- Menstruerar du regelbundet? Ja ☐ Nej ☐

- Hur gammal var du när menstruationen slutade?År

- Hur lång har du varit som längst i livet?(i 20-års ålder)cm

- Röker du? Ja ☐ Nej ☐

- Har du eller har haft/fått någon av nedanstående sjukdomar eller behandlingar?

☐ Reumatoid Artrit ☐ Njursjukdom ☐ Cancer☐ KOL ☐ Diabetes ☐ Tarmsjukdom☐ Strålbehandling/cytostatika ☐ Sköld eller bisköldkörtelsjukdom☐ Läkemedel vid bröstcancer (ex. Letrozol, Tamoxifen)☐ Läkemedel vid prostatacancer (ex. Suprefact)☐ Östrogenbehandling ☐ Testosteronbehandling

- Äter du kortison? Ja ☐ Nej ☐ Vilken dos tar du iså fall/dag?mg

- Har du ätit kortison **mer än tre månader** i sträck någon gång i ditt liv? Ja ☐ Nej ☐

Om du svarat ja, **när** åt du kortison och **hur länge** åt du det?

Varför åt du kortison (ex. reumatisk sjukdom, ulcerös kolit, annat)?

- Har du läkemedel för benskörhet? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, **vilket** läkemedel har du?

När började du med läkemedlet? Årtal:

- Har du tidigare haft läkemedel för benskörhet? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, **vilket/vilka** läkemedel har du haft? Årtal?

- Äter du Kalk och D-vitamin? Ja ☐ Nej ☐