

Frågeformulär inför bentäthetsmätning

Längd vid 20-25 år _____ cm. Nuvarande längd _____ cm. Vikt _____ kg

	Ja	Nej
Är Din bentäthet mätt tidigare? Var och när? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Dina föräldrar drabbats av höftfraktur eller kotfraktur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Du haft någon fraktur i vuxen ålder? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har Dina menstruationer upphört? Vid vilken ålder _____år.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röker Du? Antal cigaretter/dag _____ st. Slutat _____ år.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vistas Du vanligen utomhus i dagsljus minst 15 min/dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionerar Du i minst 30 min. 3 gånger/vecka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ange genomsnittligt intag av mjölkprodukter: Mjölk/fil/yoghurt _____ glas/dag, ost _____ skivor/dag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlas Du med något/några av följande läkemedel:

Kortison, antiepileptika eller aromatashämmare? _____	Dos _____ År _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalk och/eller D-vitamin? _____	Dos _____ År _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Östrogen (Evista, Livial)? _____	Dos _____ År _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisfosfonater, (ex Alendronat, Fosamax, Optinate, årlig infusion zoledronsyra/Aclasta), Prolia, Forsteo? _____	Dos _____ År _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga upplysningar: _____

Aktuellt telnr: _____

[.PersId.] [.persname_pic_fml.]

Datum.....Underskrift.....