

<b>VRAGENLIJST</b> (S.V.P. INVULLEN)		<b>DATUM:</b>	(Hier komt de scanslag)
<b>NAAM</b> :			
<b>LEEFTIJD</b> :		<b>BSN:</b>	
<b>GESLACHT:</b> <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw		Juiste antwoord aankruisen	
1.	Heeft u na uw 50 <sup>e</sup> levensjaar een botbreuk gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
2.	Zijn er bij uw moeder of vader botbreuken voorgekomen na hun 50 <sup>e</sup> levensjaar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
3.	Indien u vrouw bent, bent u voor uw 45 <sup>e</sup> jaar in de overgang gekomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
4.	Heeft u een aandoening aan darmen of maag of heeft u ooit een eetstoornis gehad?.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
5.	Gebruikt u langer dan 3 maanden corticosteroïden of medicijnen voor schildklier of epilepsie? .....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
6.	Rookt u? Indien ja, hoeveel?.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
7.	Drinkt u meer dan 2 glazen alcohol per dag? Hoeveel?.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
8.	Drinkt u meer dan 4 koppen koffie per dag? Hoeveel?.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
9.	Gebruikt u veel zout?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
10.	Gebruikt u meer dan 4 zuivelconsumpties (melk, karnemelk, yoghurt, kwark, kaas etc.) per dag? Hoeveel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
11.	Heeft u langdurig last van stress?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
12.	Bent u slecht ter been?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
13.	Heeft u weinig lichaamsbeweging?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
14.	Komt u weinig buiten in de zon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
15.	Heeft u in uw leven aandoeningen gehad waardoor u een been <u>langere tijd</u> niet goed kon belasten? (door operaties, verstuingen, botbreuken, verwondingen etc.). Zo ja, welk been?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> beide	

(ONDERSTE GEDEELTE NIET INVULLEN)

<b>UITSLAG HIELBOTSCAN</b> (met <b>Lunar Achilles Insight</b> ultrasound densitometer)	
<input type="checkbox"/> Normaal/goed	<input type="checkbox"/> Osteopenie (verminderde botdichtheid T<-1) <input type="checkbox"/> Osteoporose (T<-2,5)
T-score: .....	T-score is de botdichtheid t.o.v. de gemiddelde piekbotmassa bij 20-35 jaar
Z-score: .....	Z-score is de botdichtheid t.o.v. het gemiddelde van uw leeftijdgenoten
<b>Advies:</b>	
<input type="checkbox"/> Osteoporosepreventie d.m.v. leefstijl, voeding, beweging etc.....	
<input type="checkbox"/> Suppletie .....	
<input type="checkbox"/> Controle-indicatie: na .....jaar.....	