

VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

Anamnesebogen

Dieses Formular verbleibt beim Arzt!



Vorname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Familienname/Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Ausfülldatum: Tag - Monat - Jahr <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

männlich
 weiblich

	ja	nein	ich weiß es nicht
Ich habe Probleme beim Sehen (trotz Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen): Ich brauche starke Brillen oder Kontaktlinsen, um in der Ferne sehen zu können: Ich habe einen Blutsverwandten ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind) mit grünem Star: ab 65 Jahre: Mein Sehvermögen wird regelmäßig überprüft:	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Mir wurde gesagt, dass ich Diabetes (Zucker) habe (kein Schwangerschaftsdiabetes): Ich bin deswegen in Behandlung: Ich habe einen Blutsverwandten mit Diabetes: Frauen: Während der Schwangerschaft hat man mir gesagt, dass ich Diabetes habe:	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich habe einen Elternteil, einen Bruder oder eine Schwester (unter 60 Jahre) der/die ein Herzleiden haben oder der/die daran starben: Ich habe bzw. hatte einen Blutsverwandten mit hohen Cholesterinwerten: Ich habe bereits einen Herzinfarkt erlitten bzw. wurde mir gesagt, dass ich an einer Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße leide:	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich rauche: Zigaretten pro Tag: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe Bluthochdruck (d.h. einen Blutdruck über 140/90) und/oder nehme derzeit Medikamente gegen Bluthochdruck ein:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ab 65 Jahre: Ich habe Probleme beim Hören:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In den letzten 2 Wochen nahm ich: Schmerzmittel (Aspirin oder Ähnliches) Beruhigungsmittel (Valium oder Ähnliches) Schlafmittel	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Wie oft trinken Sie Alkohol? <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener <input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat <input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche <input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter			

SV-VO_Anam1-12.13

VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

Anamnesebogen

Dieses Formular verbleibt beim Arzt!



	ja	nein
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder beim Essen harter Nahrung, oder fühlt sich Ihr Zahnfleisch geschwollen oder empfindlich an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat sich Ihr Zahnfleisch zurückgezogen? Glauben Sie, dass Ihre Zähne scheinbar länger geworden sind, oder sind die Zwischenräume zwischen Ihren Zähnen größer geworden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls Sie eine Teilprothese tragen, hat sich die Passform verändert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Während der letzten 2 Monate hatte ich folgende akute Erkrankungen: <input type="radio"/> Erkältung <input type="radio"/> Grippe <input type="radio"/> akute Bronchitis <input type="radio"/> Lungenentzündung <input type="radio"/> Infektion der Nieren oder des Harntraktes <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Magengeschwür <input type="radio"/> oder andere [zählen Sie bitte auf]: _____ _____ _____	Ich habe/hatte folgende chronische Krankheiten: <input type="radio"/> Schlaganfall/Gehirnblutung <input type="radio"/> Krebs <input type="radio"/> Depression <input type="radio"/> Migräne oder regelmäßige Kopfschmerzen <input type="radio"/> chronische Atemwegserkrankung <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Atemnot <input type="radio"/> Emphysem <input type="radio"/> chronischer Husten <input type="radio"/> chronisches Ekzem <input type="radio"/> Schwindelanfälle mit Stürzen <input type="radio"/> Darmerkrankungen <input type="radio"/> Inkontinenz (Blasenschwäche) <input type="radio"/> chronische Rückenschmerzen <input type="radio"/> Abnutzung der Gelenke <input type="radio"/> chronische Entzündung der Gelenke (Arthritis) <input type="radio"/> andere chronische Krankheiten [zählen Sie bitte auf]: _____ _____
---	---

Operationen [zählen Sie bitte auf]: _____

	ja	nein	ich weiß es nicht
Ich habe eine Blutsverwandte, die Brustkrebs hat/hatte:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe/hatte eine/n Verwandte/n ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind), der/die Hautkrebs (Melanom) hat/hatte:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe/hatte eine/n Verwandte/n ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind), der/die irgendeine Form von Krebs (Lunge, Dickdarm, Blut, Prostata oder Gebärmutter) hat/hatte:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welcher Verwandte ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind): _____ _____	Wenn ja, welche Krebsart: _____ _____
---	---

In Ordination zu messen:

Körpergröße: cm Körpergewicht: kg BMI: ,

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

- - -

HY-VU_Anam2-12.13

VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

Alkoholfragebogen

Dieses Formular verbleibt beim Arzt!



Nachfolgend finden Sie einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während der letzten 12 Monate. Beantworten Sie bitte alle Fragen!

<p>Wie oft trinken Sie Alkohol?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Ein Glas Alkohol entspricht 1 Seidl oder 1 kleinen Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder 1 einfachen Schnaps)</p> <p><input type="radio"/> trinke nie Alkohol <input type="radio"/> 5–6</p> <p><input type="radio"/> 1–2 <input type="radio"/> 7–9</p> <p><input type="radio"/> 3–4 <input type="radio"/> 10 oder mehr</p>
<p>Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen, auf einer Party)? (Ein Glas entspricht 1 Seidl oder 1 kleinen Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder 1 einfachen Schnaps)</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens zuerst einmal ein Glas Alkohol gebraucht, um in Schwung zu kommen?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zuviel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja, aber nicht während der letzten 12 Monate</p> <p><input type="radio"/> ja, während der letzten 12 Monate</p>	<p>Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja, aber nicht während der letzten 12 Monate</p> <p><input type="radio"/> ja, während der letzten 12 Monate</p>

Vom Arzt übernommen

Unterschrift Arzt

Ausfülldatum

- -

HV-VU_Alk-12.13



Daten des Probanden Vorname, Familienname/ Nachname und Anschrift Postleitzahl <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Sozialversicherungsnummer - TT- MM - JJ <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> - <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> - <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> - <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> versichert bei: <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> erwerbstätig, AMS <input type="checkbox"/> Fremdstaaten <input type="checkbox"/> PensionistIn <input type="checkbox"/> EU-Abkommen <input type="checkbox"/> Kriegshinterliebener <input type="checkbox"/> nicht versichert
Klinische Untersuchung		Maßnahmen
Kopf/Hals Herz/Lunge/Gefäße Abdomen WS/Gelenke Haut		
Hörverminderung <i>ab 65 Jahre</i> Vorbefundung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich neue Verdachtsdiagnose in der VU <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sehverminderung <i>ab 65 Jahre</i> Vorbefundung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich neue Verdachtsdiagnose in der VU <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Glaukom <i>bis 65 Jahre</i> bei Vorliegen von Diabetes mellitus oder Myopie (>-5dpt) oder familiären Glaukom Risikogruppe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vorbefundung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich neue Verdachtsdiagnose in der VU <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich sonstige Maßnahmen Hören/Sehen <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input style="width:100%; height:20px;" type="text"/>
Parodontitis-Risikoklasse <input type="checkbox"/> kein Risiko (Risikoklasse 0) <input type="checkbox"/> erhöhtes Risiko (Risikoklasse 1 und 2) <input type="checkbox"/> VollprothesenträgerIn		Beratung: <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Abklärung Zahnarzt/-ärztin: <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich
Blutuntersuchung Chol <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> mg/dl HDL-Chol <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> mg/dl Chol HDL-Chol <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> , <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> Triglyceride <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> (nüchtern) mg/dl Gamma-GT <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> U/l Rotes Blutbild (Frauen) Ery <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> , <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> Hb <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> , <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> Hkt <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> , <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> T/l Harn Leukozyten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neg pos Nitrit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> neg pos Blut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eiweiß <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ubg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Befundbesprechung <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich sonstige Maßnahmen <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input style="width:100%; height:20px;" type="text"/>
Diabetes bestehender Diabetes <input type="checkbox"/> ja, Typ 1 <input type="checkbox"/> ja, Typ 2 <input type="checkbox"/> nein Blutzucker nüchtern (mg/dl) <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> neue Verdachtsdiagnose in der VU <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Befundbesprechung <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Therapiefortsetzung/-änderung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich sonstige Maßnahmen <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input style="width:100%; height:20px;" type="text"/>
Lebensstil 1 Körpergröße in cm <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> Körpergewicht in kg <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> BMI <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> , <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> Taille <input type="checkbox"/> Männer kleiner 102 cm / Frauen kleiner 88 cm <input type="checkbox"/> größerer Taillenumfang Körperliche Bewegung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> weniger als 2,5 h pro Woche <input type="checkbox"/> 2,5 h pro Woche oder mehr		Beratung Bewegung <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Beratung Ernährung <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich sonstige Maßnahmen <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input style="width:100%; height:20px;" type="text"/>

Lebensstil 2

Rauchen

- NichtraucherIn (Insgesamt nicht länger als 6 Monate regelmäßig geraucht)
- Gelegenheits-RaucherIn (gelegentlich, weniger als 20 Zig./Monat)
- RaucherIn (regelmäßig, mind. 20 Zig./Monat)
- Ex-RaucherIn (-> in der Vergangenheit über längeren Zeitraum geraucht - mind. 6 Monate)

Alkoholfragebogen

- ja Ergebnis
- nein

Vorbefundung ja nein keine Angabe möglich/nicht erwünscht

Kurzintervention Rauchen

durchgeführt nicht erforderlich abgelehnt

Entwöhnungsprogramm Rauchen

empfohlen nicht erforderlich

Kurzintervention Alkohol

durchgeführt nicht erforderlich abgelehnt

Entwöhnungsprogramm Alkohol

empfohlen nicht erforderlich

sonstige Maßnahmen

empfohlen nicht erforderlich

Kardiovaskuläres Risiko

Familiäre Belastung ja nein

Befund lt. Anamnesebogen

Blutdruck (mmHg)

Bestehende Hypertonie ja nein keine Angabe möglich

Neue Verdachtsdiagnose Hypertonie in der VU ja nein

Bestehende kardiovaskuläre Erkrankung ja nein

Ergebnis des AHA Calculator (bis 40 Jahre)

Ergebnis des New Zealand Risk Scale (ab 40 Jahre bis 75 Jahre) ,

Neue Verdachtsdiagnose für kardiovaskuläre Erkrankungen in der VU ja nein keine Angabe möglich

Befundbesprechung

durchgeführt nicht erforderlich

weitere Abklärung

empfohlen nicht erforderlich

Therapiefortsetzung/-änderung

empfohlen nicht erforderlich

sonstige Maßnahmen

empfohlen nicht erforderlich

Krebsfrüherkennung

Haut

Melanom bei Verwandtem 1. Grades ja nein keine Angabe möglich

Vorbefundung ja nein keine Angabe möglich

Auffälligkeit lt. Angaben der ProbandIn ja nein keine Angabe möglich

Auffälligkeit bei klinischer Untersuchung ja nein Untersuchung abgelehnt

Selbstbeobachtung

empfohlen nicht erforderlich

Weitere Abklärung

empfohlen nicht erforderlich

sonstige Maßnahmen

empfohlen nicht erforderlich

Prostata Männer ab 50 Jahre

Beratung zur informierten Entscheidungsfindung auf Wunsch des Probanden durchgeführt nicht erforderlich

Kolonkarzinom bis 50 Jahre

Familiäre Belastung ja nein

Koloskopie ab 50 Jahre

Familiäre Belastung ja nein

Wann war die letzte Koloskopie innerhalb der letzten 10 Jahre länger als 10 Jahre keine

Okkultes Blut im Stuhl negativ positiv keine Angabe möglich

Weitere Abklärung

empfohlen nicht erforderlich

Beratung

durchgeführt nicht erforderlich

Überweisung VU-Koloskopie

empfohlen/ausgestellt nicht erfolgt

Beratung

durchgeführt nicht erforderlich

Überweisung VU-PAP-Abstrich

empfohlen/ausgestellt nicht erfolgt

PAP-Abstrich Frauen

PAP-Abstrich-Befund (zeitgerecht) ja nein keine Angabe möglich nicht erforderlich

Sonstiges

Bereits bekannte Erkrankungen

Verdacht auf behandlungswürdiges Gesundheitsproblem und neu entdeckte Erkrankungen

Abschlussgespräch

durchgeführt ProbandIn nicht erschienen / vorzeitig abgebrochen

Untersuchungsdatum TT- MM - JJJJ

Fachgebiet - Vertragspartnernummer

Sozialversicherungsnummer - TT- MM - JJ

 - -
 -
 - -

Stempel oder Etikett der Praxis

Ich bestätige hiermit, dass ich in den letzten 12 Monaten bei keiner Vorsorgeuntersuchung war!

Unterschrift ProbandIn

Unterschrift Arzt/Ärztin