

# 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: 25%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/>
Familienname/Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Ausfülldatum: Tag - Monat - Jahr <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich

  

	ja	nein	ich weiß es nicht
Ich habe Probleme beim Sehen (trotz Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich brauche starke Brillen oder Kontaktlinsen, um in der Ferne sehen zu können:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen Blutsverwandten ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind) mit grünem Star:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ab 65 Jahre:</b> Mein Sehvermögen wird regelmäßig überprüft:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mir wurde gesagt, dass ich Diabetes (Zucker) habe (kein Schwangerschaftsdiabetes):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin deswegen in Behandlung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe einen Blutsverwandten mit Diabetes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Frauen:</b> Während der Schwangerschaft hat man mir gesagt, dass ich Diabetes habe:	<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:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe bzw. hatte einen Blutsverwandten mit hohen Cholesterinwerten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
Ich rauche: Zigaretten pro Tag: <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 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"/>
<b>ab 65 Jahre:</b> Ich habe Probleme beim Hören:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In den letzten 2 Wochen nahm ich:			
Schmerzmittel (Aspirin oder Ähnliches)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beruhigungsmittel (Valium oder Ähnliches)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlafmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie oft trinken Sie Alkohol?			
<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat	<input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter	
<input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener	<input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche		

# 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 Hartraktes <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

-   -   -



Nachfolgend finden Sie einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während der letzten 12 Monate.

Beantworten Sie bitte alle Fragen!

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

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)

- trinke nie Alkohol
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 oder mehr

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)

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens zuerst einmal ein Glas Alkohol gebraucht, um in Schwung zu kommen?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zuviel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nein
- ja, aber nicht während der letzten 12 Monate
- ja, während der letzten 12 Monate

Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?

- nein
- ja, aber nicht während der letzten 12 Monate
- ja, während der letzten 12 Monate

Vom Arzt übernommen

Ausfülldatum

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift Arzt

--



**VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG**  
**Allgemeines Programm für Frauen und Männer**

**Daten des Probanden**  
 Vorname, Familienname/  
 Nachname und Anschrift

Geschlecht  männlich  
 weiblich

**Sozialversicherungsnummer – TT-MM-JJ**

-   -

versichert bei:

**Versicherungsstatus**

- erwerbstätig, AMS  Fremdstaaten  
 PensionistIn  EU-Abkommen  
 Kriegshinterbliebener  nicht versichert

**Postleitzahl**

**Klinische Untersuchung**

**Maßnahmen**

Kopf/Hals

Herz/Lunge/Gefäße

Abdomen

WS/Gelenke

Haut

**Hörverminderung**

ab 65 Jahre Vorbefundung  ja  nein  keine Angabe möglich  
 neue Verdachtsdiagnose in der VU  ja  nein

**Sehverminderung**

ab 65 Jahre Vorbefundung  ja  nein  keine Angabe möglich  
 neue Verdachtsdiagnose in der VU  ja  nein

**Glaukom**

bis 65 Jahre bei Vorliegen von Diabetes mellitus oder Myopie (>-5dpt) oder familiären Glaukom  
 Risikogruppe  ja  nein  
 Vorbefundung  ja  nein  keine Angabe möglich  
 neue Verdachtsdiagnose in der VU  ja  nein

**weitere Abklärung**

empfohlen  nicht erforderlich

**weitere Abklärung**

empfohlen  nicht erforderlich

**weitere Abklärung**

empfohlen  nicht erforderlich

**sonstige Maßnahmen Hören/Sehen**

empfohlen  nicht erforderlich

**Parodontitis-Risikoklasse**

- kein Risiko (Risikoklasse 0)  
 erhöhtes Risiko (Risikoklasse 1 und 2)  
 VollprothesenträgerIn

**Beratung:**

durchgeführt  nicht erforderlich

**Abklärung Zahnarzt/-ärztin:**

empfohlen  nicht erforderlich

**Blutuntersuchung**

Chol mg/dl    HDL-Chol mg/dl    Chol HDL-Chol

Triglyceride (nüchtern) mg/dl    Gamma-GT U/l

**Rotes Blutbild (Frauen)**

Ery T/l    Hb g/dl    Hkt %

**Harn**

Leukozyten  neg  pos Nitrit  neg  pos Blut  neg  pos  
 Glucose  neg  pos Eiweiß  neg  pos Ubg  neg  pos

**Befundbesprechung**

durchgeführt  nicht erforderlich

**weitere Abklärung**

empfohlen  nicht erforderlich

**sonstige Maßnahmen**

empfohlen  nicht erforderlich

**Diabetes**

bestehender Diabetes  ja, Typ 1  ja, Typ 2  nein

Blutzucker nüchtern (mg/dl)

neue Verdachtsdiagnose in der VU  ja  nein

**Befundbesprechung**

durchgeführt  nicht erforderlich

**Therapiefortsetzung/-änderung**

empfohlen  nicht erforderlich

**weitere Abklärung**

empfohlen  nicht erforderlich

**sonstige Maßnahmen**

empfohlen  nicht erforderlich

**Lebensstil 1**

Körpergröße in cm    Körpergewicht in kg

BMI

Taille

- Männer kleiner 102 cm / Frauen kleiner 88 cm  
 größerer Taillenumfang

Körperliche Bewegung

- keine  
 weniger als 2,5 h pro Woche  
 2,5 h pro Woche oder mehr

**Beratung Bewegung**

durchgeführt  nicht erforderlich

**Beratung Ernährung**

durchgeführt  nicht erforderlich

**sonstige Maßnahmen**

empfohlen  nicht erforderlich

**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

**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

**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

**Prostata *Männer ab 50 Jahre***

Beratung zur informierten Entscheidungsfindung auf Wunsch des Probanden  durchgeführt  nicht erforderlich

**Kolonkarzinom *ab 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

**PAP-Abstrich *Frauen***

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

**Sonstiges**

Bereits bekannte Erkrankungen

**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

**Befundbesprechung**

durchgeführt  nicht erforderlich

**weitere Abklärung**

empfohlen  nicht erforderlich

**Therapiefortsetzung/-änderung**

empfohlen  nicht erforderlich

**sonstige Maßnahmen**

empfohlen  nicht erforderlich

**Selbstbeobachtung**

empfohlen  nicht erforderlich

**Weitere Abklärung**

empfohlen  nicht erforderlich

**sonstige Maßnahmen**

empfohlen  nicht erforderlich

**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

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

-   -

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

Stempel oder Etikett der Praxis

Unterschrift ProbandIn

Unterschrift Arzt/Ärztin