

# VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

## Anamnesebogen

Dieses Formular verbleibt beim Arzt!



Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sozialversicherungsnummer – TT - MM - JJ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Familienname/Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ausfülldatum: Tag - Monat - Jahr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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:

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:

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:

Ich rauche:

Zigaretten pro Tag:

--	--	--

Ich habe Bluthochdruck (d.h. einen Blutdruck über 140/90) und/oder nehme derzeit Medikamente gegen Bluthochdruck ein:

**ab 65 Jahre:** Ich habe Probleme beim Hören:

In den letzten 2 Wochen nahm ich:

Schmerzmittel (Aspirin oder Ähnliches)

Beruhigungsmittel (Valium oder Ähnliches)

Schlafmittel

Wie oft trinken Sie Alkohol?

nie

zwei- bis viermal im Monat

viermal pro Woche oder öfter

einmal im Monat oder seltener

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? Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Während der letzten 2 Monate hatte ich folgende akute Erkrankungen:	Ich habe/hatte folgende chronische Krankheiten:	
<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 [ählen Sie bitte auf]: <hr/> <hr/> <hr/>	<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 [ählen Sie bitte auf]: <hr/> <hr/>	

	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:		
<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>		

In Ordination zu messen:		
Körpergröße: <input type="text"/> cm	Körpergewicht: <input type="text"/> kg	BMI: <input type="text"/> , <input type="text"/>

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ  
 -  -  -