



Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung Anamnesebogen

VERBLEIBT BEIM ARZT!

Vorname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>
Nachname <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Ausfülldatum: Tag - Monat - Jahr <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; 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"/>	
ab 65 Jahre: 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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	
Frauen: 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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rauche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
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"/>				
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"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<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

	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"/>

<p>Während der letzten 2 Monate hatte ich folgende akute Erkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 <p>[zählen Sie bitte auf]:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ich habe/hatte folgende chronische Krankheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Atemnot <input type="radio"/> Emphysem <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 <p>[zählen Sie bitte auf]:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

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):	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Wenn ja, welche Krebsart:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		

in der Ordination zu messen:

Körpergröße: cm Körpergewicht: kg BMI: .

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

- - -