

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

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?	☐	☐
Hat sich Ihr Zahnfleisch zurückgezogen? Glauben Sie, dass Ihre Zähne scheinbar länger geworden sind, oder sind die Zwischenräume zwischen Ihren Zähnen größer geworden?	☐	☐
Falls Sie eine Teilprothese tragen, hat sich die Passform verändert?	☐	☐
Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?	☐	☐

Während der letzten 2 Monate hatte ich folgende akute Erkrankungen: ☐ Erkältung ☐ Grippe ☐ akute Bronchitis ☐ Lungenentzündung ☐ Infektion der Nieren oder des Harntraktes ☐ Durchfall ☐ Erbrechen ☐ Magengeschwür ☐ oder andere [zählen Sie bitte auf]: _____ _____ _____	Ich habe/hatte folgende chronische Krankheiten: ☐ Schlaganfall/Gehirnblutung ☐ Krebs ☐ Depression ☐ Migräne oder regelmäßige Kopfschmerzen ☐ chronische Atemwegserkrankung ☐ Asthma ☐ Atemnot ☐ Emphysem ☐ chronischer Husten ☐ chronisches Ekzem ☐ Schwindelanfälle mit Stürzen ☐ Darmerkrankungen ☐ Inkontinenz (Blasenschwäche) ☐ chronische Rückenschmerzen ☐ Abnutzung der Gelenke ☐ chronische Entzündung der Gelenke (Arthritis) ☐ 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:	☐	☐	☐
Ich habe/hatte eine/n Verwandte/n ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind), der/die Hautkrebs (Melanom) hat/hatte:	☐	☐	☐
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:	☐	☐	☐

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

- - -