



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

Geschlecht  männlich  
 weiblich

**Postleitzahl**  
[ ][ ][ ][ ]

**Sozialversicherungsnummer - TT- MM - JJ**  
[ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ]

**versichert bei:**  
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

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 % [ ][ ][ ], [ ][ ]

<b>Harn</b>	neg	pos	neg	pos	neg	pos
Leukozyten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut <input type="checkbox"/>
Glucose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eiweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ubg <input type="checkbox"/>

**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  nein  Ergebnis

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

**Weitere Abklärung**  
 empfohlen  nicht erforderlich

**Koloskopie ab 50 Jahre**  
 Familiäre Belastung  ja  nein  
 Wann war die letzte Koloskopie  innerhalb der letzten 10 Jahre  länger als 10 Jahre  keine Angabe möglich  
 Okkultes Blut im Stuhl  negativ  positiv  keine Angabe möglich

**Beratung**  
 durchgeführt  nicht erforderlich

**Überweisung VU-Koloskopie**  
 empfohlen/ausgestellt  nicht erfolgt

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

**Beratung**  
 durchgeführt  nicht erforderlich

**Überweisung VU-PAP-Abstrich**  
 empfohlen/ausgestellt  nicht erfolgt

**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  
  -   -     |   -       |     -   -   -

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

**Stempel oder Etikett der Praxis**

**Unterschrift Arzt/Ärztin**