

# VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

## Anamnesebogen

Dieses Formular verbleibt bei dem\*der Ärzt\*in!



|  |   |
|--|---|
| Vorname<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>   | Sozialversicherungsnummer – TT - MM - JJ<br><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 style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |
| Familienname/Nachname<br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>   | Ausfülldatum: Tag - Monat - Jahr<br><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>   |
| <b>Geschlecht:</b> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> offen <input type="radio"/> inter <input type="radio"/> divers <input type="radio"/> keine Angabe |   |

|  | ja                    | nein                  | ich weiß es nicht     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich habe Probleme beim Sehen (trotz Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen):  | <input type="radio"/> | <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 eine*n Blutsverwandte*n ersten Grades (Elternteil, Geschwister 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"/> | <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"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe eine*n Blutsverwandte*n mit Diabetes:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Schwangerschaft:</b><br>Während der Schwangerschaft hat man mir gesagt, dass ich Diabetes habe:                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe Eltern oder Geschwister (unter 60 Jahren), die ein Herzleiden haben oder daran starben:                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe bzw. hatte eine*n Blutsverwandte*n 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:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zigaretten pro Tag: <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"/> |
| <b>ab 65 Jahre:</b> Ich habe Probleme beim Hören:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In den letzten 2 Wochen nahm ich:  |                       |                       |                       |
| Schmerzmittel (Aspirin oder Ähnliches)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beruhigungsmittel (Valium oder Ähnliches)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlafmittel   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie oft trinken Sie Alkohol?   |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/> nie  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

DVSV-VU\_Anam1-04.25. 07/25

# VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

## Anamnesebogen

Dieses Formular verbleibt bei dem\*der Ärzt\*in!



|   | 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:<br><input type="radio"/> Erkältung<br><input type="radio"/> Grippe<br><input type="radio"/> akute Bronchitis<br><input type="radio"/> Lungenentzündung<br><input type="radio"/> Infektion der Nieren oder des Harntraktes<br><input type="radio"/> Durchfall<br><input type="radio"/> Erbrechen<br><input type="radio"/> Magengeschwür<br><input type="radio"/> oder andere<br>[zählen Sie bitte auf]:<br>_____<br>_____<br>_____ | Ich habe/hatte folgende chronische Krankheiten:<br><input type="radio"/> Schlaganfall/Gehirnblutung<br><input type="radio"/> Krebs<br><input type="radio"/> Depression<br><input type="radio"/> Migräne oder regelmäßige Kopfschmerzen<br><input type="radio"/> chronische Atemwegserkrankung<br><input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Atemnot<br><input type="radio"/> Emphysem <input type="radio"/> chronischer Husten<br><input type="radio"/> chronisches Ekzem<br><input type="radio"/> Schwindelanfälle mit Stürzen<br><input type="radio"/> Darmerkrankungen<br><input type="radio"/> Inkontinenz (Blasenschwäche)<br><input type="radio"/> chronische Rückenschmerzen<br><input type="radio"/> Abnutzung der Gelenke<br><input type="radio"/> chronische Entzündung der Gelenke (Arthritis)<br><input type="radio"/> andere chronische Krankheiten<br>[zählen Sie bitte auf]:<br>_____<br>_____ |
|---|---|

**Operationen [zählen Sie bitte auf]:** \_\_\_\_\_

|  | ja                    | nein                  | ich weiß es nicht     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich habe eine*n Blutsverwandte*n, die*der Brustkrebs hat/hatte:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe/hatte eine*n Verwandte*n ersten Grades (Elternteil, Geschwister oder Kind), die/der Hautkrebs (Melanom) hat/hatte:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe/hatte eine*n Verwandte*n ersten Grades (Elternteil, Geschwister oder Kind), die/der irgendeine Form von Krebs (Lunge, Dickdarm, Blut, Prostata oder Gebärmutter) hat/hatte: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wenn ja, welche\*r Verwandte\*r ersten Grades (Elternteil, Geschwister oder Kind):

Wenn ja, welche Krebsart:

**In Ordination zu messen:**

Körpergröße:  cm      Körpergewicht:  kg      BMI:  ,

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

-  -  -