

Daten Proband*in Vorname, Familienname/ Nachname und Anschrift		Geschlecht: ☐ männlich ☐ inter ☐ weiblich ☐ divers ☐ offen ☐ keine Angabe	Sozialversicherungsnummer – TT-MM-JJ – – –
Postleitzahl 		versichert bei: 	
Klinische Untersuchung		Maßnahmen	
Kopf/Hals Herz/Lunge/Gefäße Abdomen WS/Gelenke Haut 			
Hörverminderung <i>ab 65 Jahre</i> Vorbefundung ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe möglich neue Verdachtsdiagnose in der VU ☐ ja ☐ nein		weitere Abklärung ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich	
Sehverminderung <i>ab 65 Jahre</i> Vorbefundung ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe möglich neue Verdachtsdiagnose in der VU ☐ ja ☐ nein		weitere Abklärung ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich	
Glaukom <i>bis 65 Jahre</i> 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 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*in: ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich	
Blutuntersuchung <i>Chol</i> mg/dl <i>HDL-Chol</i> mg/dl <i>Chol</i> <i>HDL-Chol</i> <i>Triglyceride</i> (nüchtern) mg/dl <i>Gamma-GT</i> U/l		Befundbesprechung ☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich weitere Abklärung ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich sonstige Maßnahmen ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich 	
Rotes Blutbild (Frauen) <i>Ery</i> <i>Hb</i> <i>Hkt</i> <i>T/l</i> <i>g/dl</i> <i>%</i>		Befundbesprechung ☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich Therapiefortsetzung/-änderung ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich weitere Abklärung ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich sonstige Maßnahmen ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich 	
Harn <i>neg pos</i> <i>neg pos</i> <i>neg pos</i> Leukozyten ☐ ☐ Nitrit ☐ ☐ Blut ☐ ☐ Glucose ☐ ☐ Eiweiß ☐ ☐ Ubg ☐ ☐		Befundbesprechung ☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich Therapiefortsetzung/-änderung ☐ empfohlen ☐ 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		Beratung Bewegung ☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich Beratung Ernährung ☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich sonstige Maßnahmen ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich 	
Lebensstil 1 Körpergröße in cm Körpergewicht in kg BMI Körperliche Bewegung ☐ keine ☐ weniger als 2,5 h pro Woche ☐ 2,5 h pro Woche oder mehr Taille ☐ Männer kleiner 102 cm / Frauen kleiner 88 cm ☐ größerer Taillenumfang		Beratung Ernährung ☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich sonstige Maßnahmen ☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich 	

Lebensstil 2**Rauchen**

- ☐ Nichtraucher*in (Insgesamt nicht länger als 6 Monate regelmäßig geraucht)
☐ Gelegenheitsraucher*in (gelegentlich, weniger als 20 Zig./Monat)
☐ Raucher*in (regelmäßig, mind. 20 Zig./Monat)
☐ Ex-Raucher*in (→ in der Vergangenheit über längeren Zeitraum geraucht – mind. 6 Monate)

Alkoholfragebogen

- ☐ ja
☐ nein

☐ Ergebnis

Vorbefundung ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe möglich/nicht erwünscht

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

Krebsfrüherkennung**Haut**

Melanom bei Verwandten 1. Grades ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe möglich

Vorbefundung ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe möglich

Auffälligkeit lt. Angaben des*der Proband*in ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe möglich

Auffälligkeit bei klinischer Untersuchung ☐ ja ☐ nein ☐ Untersuchung abgelehnt

Prostata *ab 50 Jahre*

Beratung zur informierten Entscheidungsfindung auf
Wunsch des*der Proband*in ☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich

Kolonkarzinom *bis 45 Jahre*

Familiäre Belastung ☐ ja ☐ nein

Koloskopie *ab 45 Jahre*

Familiäre Belastung ☐ ja ☐ nein

Wann war die letzte Koloskopie ☐ innerhalb der letzten 10 Jahre ☐ länger als 10 Jahre ☐ keine

Stuhluntersuchung auf okkultes Blut ☐ negativ ☐ positiv ☐ keine Angabe möglich

PAP-Abstrich

PAP-Abstrich-Befund (zeitgerecht)

☐ ja ☐ nein

☐ keine Angabe möglich ☐ nicht erforderlich

Sonstiges

Bereits bekannte Erkrankungen

Verdacht auf behandlungswürdiges Gesundheitsproblem und neu entdeckte Erkrankungen

Abschlussgespräch

☐ durchgeführt

☐ Proband*in 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 Proband*in

Stempel oder Etikett der Praxis

Unterschrift Arzt*in

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

Befundbesprechung

☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich

weitere Abklärung

☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich

Therapiefortsetzung/-änderung

☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich

sonstige Maßnahmen

☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich

Selbstbeobachtung

☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich

Weitere Abklärung

☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich

sonstige Maßnahmen

☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich

Weitere Abklärung

☐ empfohlen ☐ nicht erforderlich

Beratung

☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich

Überweisung VU-Koloskopie

☐ empfohlen/ausgestellt ☐ nicht erfolgt

Beratung

☐ durchgeführt ☐ nicht erforderlich

Überweisung VU-PAP-Abstrich

☐ empfohlen/ausgestellt ☐ nicht erfolgt