

VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

Anamnesebogen

Dieses Formular verbleibt bei dem*der Ärzt*in!



Vorname 	Sozialversicherungsnummer – TT - MM - JJ
Familienname/Nachname 	Ausfülldatum: Tag - Monat - Jahr

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ offen ☐ inter ☐ divers ☐ keine Angabe

	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 eine*n Blutsverwandte*n ersten Grades (Elternteil, Geschwister 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 eine*n Blutsverwandte*n mit Diabetes:	☐	☐	☐	
Schwangerschaft: Während der Schwangerschaft hat man mir gesagt, dass ich Diabetes habe:	☐	☐	☐	
Ich habe Eltern oder Geschwister (unter 60 Jahren), die ein Herzleiden haben oder daran starben:	☐	☐	☐	☐
Ich habe bzw. hatte eine*n Blutsverwandte*n 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	☐ zwei- bis viermal im Monat	☐ viermal pro Woche oder öfter		
☐ einmal im Monat oder seltener	☐ zwei- bis dreimal pro Woche			

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?	☐	☐
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:	Ich habe/hatte folgende chronische Krankheiten:	
☐ Erkältung	☐ Schlaganfall/Gehirnblutung	
☐ Grippe	☐ Krebs	
☐ akute Bronchitis	☐ Depression	
☐ Lungenentzündung	☐ Migräne oder regelmäßige Kopfschmerzen	
☐ Infektion der Nieren oder des Harntraktes	☐ chronische Atemwegserkrankung	
☐ Durchfall	☐ Asthma	☐ Atemnot
☐ Erbrechen	☐ Emphysem	☐ chronischer Husten
☐ Magengeschwür	☐ chronisches Ekzem	
☐ oder andere	☐ Schwindelanfälle mit Stürzen	
[zählen Sie bitte auf]:	☐ 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*n Blutsverwandte*n, die*der Brustkrebs hat/hatte:	☐	☐	☐
Ich habe/hatte eine*n Verwandte*n ersten Grades (Elternteil, Geschwister oder Kind), die/der Hautkrebs (Melanom) hat/hatte:	☐	☐	☐
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:	☐	☐	☐
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

	-		-		-	
---	---	---	---	---	---	---