

Daten Proband*in Vorname, Familienname/ Nachname und Anschrift Postleitzahl 	Geschlecht: ☐ männlich ☐ inter ☐ weiblich ☐ divers ☐ offen ☐ keine Angabe
Sozialversicherungsnummer – TT-MM-JJ – –	

versichert bei:	
Versicherungsstatus ☐ erwerbstätig, AMS ☐ Fremdstaaten ☐ Pensionist*in ☐ EU-Abkommen ☐ Kriegshinterbliebene*r ☐ nicht versichert	
Klinische Untersuchung	
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 % **Harn** neg pos Leukozyten ☐ ☐ Nitrit ☐ ☐ Blut ☐ ☐ Glucose ☐ ☐ Eiweiß ☐ ☐ Ubg ☐ ☐	
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 Körperliche Bewegung ☐ keine ☐ weniger als 2,5 h pro Woche ☐ 2,5 h	

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 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

Prostata *ab 50 Jahre*

Beratung zur informierten Entscheidungsfindung auf
Wunsch des Probanden ☐ 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

Unterschrift Ärztin / Arzt

Stempel oder Etikett der Praxis