



# VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

## Anamnesebogen

Dieses Formular verbleibt beim Arzt!



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

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

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

**In Ordination zu messen:**

Körpergröße:    cm      Körpergewicht:    kg      BMI:   ,

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

-   -   -



**Nachfolgend finden Sie einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während der letzten 12 Monate. Beantworten Sie bitte alle Fragen!**

<p>Wie oft trinken Sie Alkohol?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Ein Glas Alkohol entspricht 1 Seidl oder 1 kleinen Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder 1 einfachen Schnaps)</p> <p><input type="radio"/> trinke nie Alkohol      <input type="radio"/> 5–6</p> <p><input type="radio"/> 1–2                              <input type="radio"/> 7–9</p> <p><input type="radio"/> 3–4                              <input type="radio"/> 10 oder mehr</p>
<p>Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen, auf einer Party)? (Ein Glas entspricht 1 Seidl oder 1 kleinen Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder 1 einfachen Schnaps)</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens zuerst einmal ein Glas Alkohol gebraucht, um in Schwung zukommen?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zuviel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja, aber nicht während der letzten 12 Monate</p> <p><input type="radio"/> ja, während der letzten 12 Monate</p>	<p>Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja, aber nicht während der letzten 12 Monate</p> <p><input type="radio"/> ja, während der letzten 12 Monate</p>

Vom Arzt übernommen

Unterschrift Arzt

Ausfülldatum

-   -