

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

Als Vorbereitung für die Vorsorgeuntersuchung bitte ich Sie, diesen Fragebogen zu Hause in Ruhe auszufüllen und zur Untersuchung mitzubringen. Bei der Untersuchung besprechen wir gemeinsam diese Fragen - sie helfen, einen guten Überblick über ihren Gesundheitszustand zu bekommen. **Natürlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich, entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht.**

Bitte, beantworten Sie die Fragen durch Ankreuzen der zutreffenden Antwort

**Selbstverständlich können Sie solche Fragen, die Sie nicht beantworten wollen, einfach auslassen!**

Name: ..... Vorname: ..... Geb.Dat.: .....

**01. VORSORGEUNTERSUCHUNG**

**Mache ich regelmäßig eine komplette (= nicht nur Genitalbereich)**

**Vorsorgeuntersuchung ?**  Nein  Ja

**Meine Impfungen entsprechen dem neuesten Stand.**

Nein  Ja  Weiß nicht

Bringen Sie bitte alle Ihre Impfkarten zur Vorsorgeuntersuchung mit!

**VORGESCHICHTE**

**02. Familienanamnese**

- Herztodesfälle unter 60 Jahren bei Blutsverwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder)
- Ich habe/hatte eine Blutsverwandten mit erhöhtem Cholesterin.
- Thrombose/Lungeninfarkt bei Blutsverwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder)
- Diabetes (Zuckerkrankheit) bei Blutsverwandten 1. Grades
- Glaukom (Grüner Star) bei Blutsverwandten 1. Grades
- Ich habe/hatte eine Blutsverwandte mit Brustkrebs

Verwandschaftsgrad:.....

- Melanom bei Blutsverwandten 1. Grades
- Andere Krebserkrankungen bei Blutsverwandten 1. Grades

Krebsart: .....

**03. Ich habe oder hatte folgende Erkrankungen**

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Ich bin deswegen in Behandlung
- Bluthochdruck
- Ich bin deswegen in Behandlung
- Herzinfarkt/Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße
- andere Herz-/Kreislaufkrankungen
- Schlaganfall/Gehirnblutung
- Krebs
- seelische Erkrankungen
- Migräne oder häufige Kopfschmerzen
- Erkrankungen der Atemwege (Lunge, Bronchien, z.B. Atemnot, chronischer Husten, Asthma, etc)
- chronisches Ekzem
- Ich leide wiederholt an Schwindel.
- Ich hatte zwei oder mehr Stürze innerhalb der letzten 6 Monate.
- Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)
- Rückenschmerzen, die länger als 3 Wochen anhielten
- Erkrankungen der Gelenke
- Erkrankungen der Harnwege/Nieren
- in den letzten 2 Monaten eine akute Erkrankung (z.B. Erkältung, Grippe, Lungenentzündung, Erbrechen, Durchfall...)

Welche: .....

Sonstige .....

**04. Frühere schwere Erkrankungen oder Operationen**

- Kopf/Gehirn  Augen
- Ohren  „Mandeln“
- Nasenpolypen  Schilddrüse

- Herz  Lunge
- Leber  Gallenblase
- Niere  Magen
- Darm  „Blinddarm“
- Leistenbruch  Harnwege
- Geschlechtsorgane  Arme
- Beine  schwere Unfälle

Sonstige: .....

**05. Ich nehme regelmäßig Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel ein**

- Vitaminpräparate
- Nahrungsergänzungsmittel
- Aspro, Aspirin, Aspro C oder andere Schmerz/Rheumamittel
- Schlaf/Beruhigungsmittel
- Homöopathische Medikamente
- Tee zur Behandlung von ...
- Pflanzliche Arzneien
- Andere Arzneien (bitte anführen): .....

**06. Beruf**

**Ich bin in meinem Beruf meistens zufrieden.**

- Nein  Ja
- Ich würde meinen Beruf wechseln, wenn ich könnte.

**07. Belastungen am Arbeitsplatz**

- schwere körperliche Arbeit
- Schichtarbeit
- Akkordarbeit
- Staub, Gase, Geruch, Chemikalien
- Lärm
- Witterung, Hitze, Zug
- Chemikalien
- ständiger Zeitdruck / zu wenig Pausen
- ständige Konzentration
- ständiger Leistungsdruck (Produktivität, immer am neuesten Stand sein müssen)
- ständige Belastungen durch Vorgesetzte, KollegInnen oder Anvertraute
- wiederholter Überstundendruck (unbezahlt)
- einseitige Arbeitshaltung (ständiges Sitzen / Stehen, .....
- Mehrfachbelastungen (Nebenberufe, Haushalt etc).
- Monotonie, Langeweile, Unterforderung
- Drohender Arbeitsplatzverlust
- Seit wann bestehen diese Belastungen:.....

**08. Ernährungsverhalten**

- Gewöhnlich esse ich Fleischwaren oder Wurst etc. mehr als 2x/Woche.

**Ich konsumiere**

- Butter, Käse, Vollmilch täglich  fettreduzierte Milchprodukte

**Ich esse Gemüse/Salat Portionen**

- nie/selten  regelmäßig

**Ich esse Obstportionen**

- nie/selten       regelmäßig

**Ich esse Vollkornprodukte**

- nie       täglich       mehrmals pro Woche

**Ich konsumiere Süßigkeiten, Marmelade, Honig, zuckerhaltige Getränke,...**

- täglich       selten       nie

**Ich nehme bei den Hauptmahlzeiten**

- einen Nachschlag       keinen Nachschlag  
 Ich esse häufig mehr als ich zum Sattwerden brauche.

**Ich trinke täglich**

- weniger als 1.5 Liter       mehr als 1.5 Liter

**09. Körperliche Aktivität**

Ich mache körperliche Bewegung mindestens 150 Minuten/Woche

- nie/manchmal       regelmäßig

**10. Alkohol**

- Ich habe manchmal das Gefühl, ich sollte meinen Alkoholkonsum reduzieren.
- Ich habe schon gereizt reagiert, als ich auf mein Trinkverhalten angesprochen wurde.
- Ich fühle mich manchmal schuldig oder als Versager, weil ich meine Trinkgewohnheiten nicht in den Griff bekomme.
- Ich habe es schon erlebt, dass ich morgens als Erstes Alkohol getrunken habe, damit ich mich nervlich stabilisiere oder einen Kater loswerde.

**11. Illegale harte Drogen nehme ich**

- wiederholt       nie

**12. Nikotin**

- Ich rauche ..... Zigaretten/Tag, ..... Zigarren/Tag, ..... Pfeife/Tag
- Ich hätte gerne Informationen über Rauchstopp-Methoden/Programme.
- Nein. Ich bin Nichtraucher seit: .....

**13. Messwerte, die in der Ordination erhoben werden**

Größe ..... cm      Gewicht ..... kg      RR ..... mmHg

Bauchumfang ..... cm      BMI .....

Anzahl der den leeren Feldern  zugeordneten Fragen  
(auszufüllen bitte durch Ärztin/ Arzt):

**14. Gedächtnisleistung**

- Ich mach mir Sorgen, dass sich mein Gedächtnis verschlechtern könnte.
- Angehörige oder Freunde haben die Bemerkungen gemacht, dass mein Gedächtnis schlechter geworden sei.

**15. Stimmung**

**Gab es während der letzten vier Wochen eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag nahezu durchgängig niedergeschlagen oder traurig gefühlt haben?**

- ja, wie lange hielt das an? .....  
 Nein

**Haben Sie während der letzten vier Wochen das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren, die Ihnen normalerweise Freude machen?**

- ja       Nein

**Falls ja, war das fast jeden Tag der Fall?**

- ja, wie lange hielt das an? .....  
 nein

**Ich habe manchmal plötzliche Angst- oder Panikzustände (mit oder ohne Körpersymptomen)**

- Ja       Nein

**16. Stress**

- Wenn ich einmal einige Stunden nichts Produktives gemacht habe, tauchen häufig Schuldgefühle in mir auf.
- Ich kann häufig schwer NEIN sagen, wenn jemand mich um etwas bittet.
- Ich erledige häufig alltägliche Dinge (Gehen, Essen,...) sehr schnell.
- Die Langsamkeit anderer macht mich häufig ungeduldig.
- Bei Aufregungen schlägt mein Herz häufig unregelmäßig.
- Für mich selbst nehme ich mir häufig viel zu wenig Zeit.
- Meine Leistungen werden häufig von der Umgebung zu wenig anerkannt.
- Es gibt häufig Zeiten, in denen ich mich leer und abgestumpft fühle.
- Ich äußere mich häufig sarkastisch oder zynisch.

**17. Familie/Beziehung/Kinder**

Fühle ich mich in meiner Familie/Beziehung überwiegend wohl?

- Nein       Ja  
 Ich fühle mich in meiner Familie/Beziehung häufig unzufrieden.  
 Ich möchte mich eigentlich von meinem PartnerIn/Familie trennen, wenn ich könnte.  
 Ich habe Probleme mit einzelnen Familienmitgliedern.

**18. Beschwerden**

- Ich habe Atemnot bei körperlicher Belastung (Stiegensteigen,...).
- Ich wache wegen Atemnot auf.
- Abends sind meine Beine geschwollen.
- Nachts verspüre ich eine Unruhe in den Beinen.
- Ich habe Schmerzen in den Waden, die sich beim Gehen verstärken.
- Ich habe Herzbeschwerden.
- Ich habe Muskelschmerzen.
- Ich habe wiederholten Husten.
- Ich habe wiederholt Heiserkeit.
- Ich habe Schluckbeschwerden.
- Ich habe Appetitmangel.
- Ich habe in letzter Zeit ungewollt abgenommen.
- Ich habe immer wieder Zahnfleischbluten.
- Mein Zahnfleisch hat sich zurückgezogen bzw. die Zähne sind scheinbar länger geworden.
- Die Zahnzwischenräume sind größer geworden.
- Die Passform meiner Zahnprothese hat sich verändert.
- Ich habe Mundgeruch.
- Ich habe Probleme mit den Zähnen.
- Ich habe Aufstoßen wie Säure, Völlegefühl, Blähungen.
- Ich habe Beschwerden in der Magengegend.
- Ich habe Widerwillen gegen bestimmte Speisen.
- Es besteht eine Verstopfung.
- Ich habe häufig Durchfall.
- Es haben sich meine Stuhlgewohnheiten geändert.
- Ich habe am Stuhl Blut oder eine Schwarzverfärbung bemerkt
- Ich habe Beschwerden im Afterbereich.
- Ich muss nachts mehr als 2-3x urinieren.
- Ich habe ungewollten Harnabgang.
- Ich habe das Gefühl, dass meine Blase nach dem Urinieren nicht ganz leer wird.
- Ich habe Schmerzen beim Urinieren.
- Ich habe Blut im Urin.
- Meine Haut ist deutlich trockener geworden.
- Ich habe ein Muttermal, das sehr dunkel ist, wächst oder blutet.
- Ich habe störenden Juckreiz.
- Es bestehen sonstige Hautveränderungen.
- Ich verspüre ein deutliches Nachlassen der körperlichen Kraft und Ausdauer.
- Meine Körpergröße nimmt ab.



Bewerten Sie bitte Ihre Grundlagen, die Ihnen helfen, gesund zu bleiben bzw. gesund zu werden, in der Skala 1 bis 6.

Kreuzen ☒ Sie bitte die Spalte an, die für Sie eher zutrifft.

1 = nie                      3 = manchmal                      5 = sehr oft  
2 = selten                      4 = häufig                      6 = immer

Nehmen Sie bitte Ihre Einschätzung vor:

nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft	immer
1	2	3	4	5	6

1.	In letzter Zeit habe ich mich wohl gefühlt.	1	2	3	4	5	6
2.	Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	1	2	3	4	5	6
3.	Ich gönne mir gern etwas Gutes.	1	2	3	4	5	6
4.	In der letzten Zeit war ich mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	1	2	3	4	5	6
5.	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	1	2	3	4	5	6
6.	Es gelingt mir, die guten Seiten des Lebens zu sehen.	1	2	3	4	5	6
7.	Ich entscheide, wie sehr ich mich durch die Meinung anderer Menschen beeinflussen lasse. (Ich bin meinen Gefühlen – Wut, Ärger, Freude ... – nicht hilflos ausgeliefert.)	1	2	3	4	5	6
8.	Ich verlasse mich im Allgemeinen auf mein eigenes Urteil.	1	2	3	4	5	6
9.	Ich kann Kritik an mir auch als mögliche Anregung auslegen.	1	2	3	4	5	6
10.	Auch bei überraschenden Ereignissen würde ich gut zurechtkommen.	1	2	3	4	5	6
11.	Ich bin der Ansicht, dass Krankheit auch eine tiefere Bedeutung haben kann.	1	2	3	4	5	6
12.	Ich nehme mit Zeit für mich selbst.	1	2	3	4	5	6
13.	Auch in unsicheren und schwierigen -zeiten kann ich meinen Lebenssinn erkennen.	1	2	3	4	5	6
14.	Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mi fast immer, wenn ich mich um Lösungen bemühe.	1	2	3	4	5	6
15.	Ich fühle mich in meiner Familie/Lebensgemeinschaft/ Glaubensgemeinschaft/meinem Verein anerkannt und geborgen.	1	2	3	4	5	6

0–30 Punkte: zusätzliche Ressourcen eröffnen.  
30–60 Punkte: zusätzliche Ressourcen von Vorteil.  
60–90 Punkte: Ressourcen ausreichend.

O Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben anonym und unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für statistische Auswertungen verwendet werden.

Datum, Unterschrift .....

**Autor: Dr. Franz Burghuber, Peer Review: Vorstand der ÖGAM**  
**Für den Inhalt verantwortlich: ÖGAM HERAUSGEBER: ÖGAM**

ÖGAM Sekretariat, c/o Wiener Medizinische Akademie, Alser Straße 4, 1090 Wien  
Tel.: 01/405 13 83-17, Fax: 01/405 13 83-917, E-Mail: office@oegam.at

**BESTELLUNG & PDF ZUM DOWNLOADEN über: [www.oegam.at/service/gesundheitsfragebogen](http://www.oegam.at/service/gesundheitsfragebogen)**