



**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 ich mich fast jeden Tag nahezu durchgängig niedergeschlagen oder traurig gefühlt habe?**

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

**Habe ich während der letzten vier Wochen das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren, die mir 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.

- Ich verspüre ein deutliches Nachlassen der sportlichen Leistungsfähigkeit.
- Ich schlafe unmittelbar nach dem Abendessen ein.
- Ich habe Probleme beim Sehen (trotz Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen).
- Ich brauche starke Brillen oder Kontaktlinsen, um in die Ferne sehen zu können.

**19. Allergien**

- Ich leide zu manchen Jahreszeiten, nach Tierkontakt oder am Morgen an juckenden Augen, Schnupfen, Husten, Geräuschen im Brustkorb oder Atemnot.
- Ich reagiere auf Bienen- oder Wespenstiche mit starken Schwellungen, Ausschlag, Kreislauf- und/oder Atemproblemen.
- Ich beobachte nach der Einnahme von bestimmten Medikamenten Ausschläge oder Schwellungen.
- Ich verspüre nach dem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel Juckreiz im Mund, Magen-Darm-Krämpfe, Blähungen oder Durchfall.
- Ich beobachte Hautreaktionen beim Tragen von Modeschmuck, Armbanduhr, Piercings, etc.

**20. Ab 50. Lebensjahr**

Wurde eine Darmspiegelung gemacht?

- Nein
- Ja, wann zuletzt: .....

**21. Ab 65. Lebensjahr**

- Ich war schon lange nicht mehr beim Augenarzt.
- Ich habe Sehstörungen (Lichtblitze; Schattensehen, Schleiersehen, fliegende Mücken, Bildausfälle).
- Ich höre zwar den anderen, verstehe ihn aber nicht immer.
- Ich muss häufig Mitmenschen bitten zu wiederholen, was sie gesagt haben.
- Ich muss häufig das Radio oder den Fernseher lauter stellen als andere Menschen.
- Gelegentlich tritt ein Ohrgeräusch auf.
- Es gibt in der Familie Schwerhörigkeit, die schon im frühen Alter auftrat.
- Ich habe Probleme mit der Nase/Riechen.
- Ich habe Probleme mit dem Geschmacksinn.
- Ich habe Probleme mit dem Tastsinn.
- Ich habe andere Beschwerden, nach denen hier nicht gefragt ist.

**Männer bitte weiter in der Spalte bis „23. Spezifische Gesundheitsfragen für Männer“**

**22. Spezifische Gesundheitsfragen für Frauen**

**Ich fühle mich in meiner Rolle als Frau wohl**

- Nein
- Ja

**BRÜSTE**

- Es sondert sich aus den Brustwarzen eine Flüssigkeit ab.
- Ich habe Schmerzen in der Brust.
- Ich habe Schwellungen oder Knoten in der Brust.

**Ich nehme an der Früherkennungsmammographie (nach Einladung) teil**

- Nein
- Ja : Wann zuletzt .....

**Wurden Ihnen schon kürzere Untersuchungsintervalle als zweijährliche Mammografien empfohlen?**

- Ja
- Nein

Ich wurde an der Brust operiert

**MENSTRUATION/BLUTUNGEN**

Regelmäßig (alle 26 bis 30 Tage)?

- Nein
- Ja

Ich nehme Hormonmedikamente ein:

- zur Therapie/ Empfängnisverhütung („Pille“)
- Nein

Ich habe keine Menstruation seit ca. ....

**Blutungsstärke normal?**

- Nein
- Ja
- Ich habe Schmerzen vor oder bei der Menstruation.
- Ich habe Blutungen aus der Scheide (zwischendurch, nach den Wechseljahren, beim oder nach dem Sexualverkehr).
- Ich habe einen ungewöhnlichen Ausfluss aus der Scheide.
- Ich empfinde meine Scheide als zu trocken.
- Ich leide unter Hitzewallungen.

**Ich lasse alle 3 Jahre einen PAP-Abstrich machen**

- Nein
- Ja

**GEBURTEN**

**Geburten**

- eine
- mehrere: wie viele? .....

**Fehlgeburten**

- wieviele? .....

Während einer Schwangerschaft wurde Diabetes bei mir festgestellt

**SEXUALLEBEN**

Falls ein Sexualproblem besteht, würde ich mich gerne von meiner Hausärztin/Hausarzt

- beraten lassen

Ich bin zufrieden mit meinem Sexualleben:

- Nein
- Ja
- Ich leide an Schmerzen beim Sexualverkehr, Lustlosigkeit, Orgasmusschwäche.
- Ich habe ein geringes sexuelles Interesse.

**23. Spezifische Gesundheitsfragen für Männer**

**Ich fühle mich in meiner Rolle als Mann wohl**

- Nein
- Ja

**Ich habe einen schwachen Strahl beim Urinieren**

- regelmäßig
- nie

Ich muss pressen oder mich anstrengen, um mit dem Urinieren beginnen zu können.

- regelmäßig
- nie

**SEXUALLEBEN**

Falls ein Sexualproblem besteht, würde ich mich gerne von meiner Hausärztin/Hausarzt

- beraten lassen

Ich bin zufrieden mit meinem Sexualleben

- nein
- ja
- Ich leide an Erektionsschwäche, vorzeitigem Samenerguss, Schmerzen beim Sexualverkehr, Lustlosigkeit, Orgasmusschwäche

**24. Das wollte ich meine Ärztin/meinen Arzt schon immer fragen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 den letzten 6 Monaten 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 den letzten 6 Monaten 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 mir 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 mir fast immer, wenn ich mich um Lösungen bemühe.	1	2	3	4	5	6
15.	Ich fühle mich meiner Familie/Lebensgemeinschaft/ Gesinnungsgemeinschaft/meinem Verein zugehörig.	1	2	3	4	5	6

15–30 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:** H. Bachler, B. Hofbauer, Ch. Gonzales, B. Panhofer, S. Rabady, E. Rebhandl  
**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)