

Sehr geehrte Patient*innen!

Als Vorbereitung für die Vorsorgeuntersuchung bitte ich Sie, diesen Fragebogen zu Hause in Ruhe auszufüllen und zur Untersuchung mitzubringen. Bitte nehmen Sie auch Ihren Impfpass mit. Natürlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich, entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte, beantworten Sie die Fragen durch Ankreuzen der zutreffenden Antwort. ☒

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

Arztstempel

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Geschlecht: Ich habe eine gültige ☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht

01. VORSORGEUNTERSUCHUNG

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Punkte in Hinsicht auf die Zeit seit Ihrer letzten Vorsorgeuntersuchung.

Meine letzte Vorsorgeuntersuchung war vor ca. Jahren.
Mein Impfpass wurde zuletzt vor ca. Jahren kontrolliert.

Ich hatte seit der letzten Vorsorgeuntersuchung:

- ☐ Eine neu diagnostizierte chronische Erkrankung.
Welche?:
- ☐ Eine schwerwiegende Erkrankung, die zu einem längeren Krankenhausaufenthalt führte.
Welche?:
- ☐ Operationen
Welche?:
- ☐ Schwerwiegende Unfälle
Welche?:
- ☐ Eine neu festgestellte Erkrankung bei Blutsverwandten
Welche?:

02. Ich nehme wiederholt ein:

- ☐ Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel
- ☐ homöopathische Arzneien
- ☐ pflanzliche Arzneien oder Tees zur Behandlung von
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Schlaf/Beruhigungsmittel
- ☐ andere Medikamente oder Pille (bitte anführen):
.....
.....

03. Beruf

Ich habe seit der letzten Vorsorgeuntersuchung meinen Arbeitsplatz gewechselt.

☐ nein ☐ ja

Ich bin in meinem Beruf meistens zufrieden.

☐ nein ☐ ja
☐ Ich würde meinen Beruf / Arbeitsplatz wechseln, wenn ich könnte.

04. Belastungen am Arbeitsplatz

Haben sich die Belastungen an Ihrem Arbeitsplatz verändert?

☐ nein ☐ ja

05. Ernährungsverhalten

☐ Ich esse alles.

Ich esse mal in der Woche Fleischwaren.

Ich esse Portionen Gemüse/ Obst am Tag.

☐ Ich ernähre mich vegetarisch.

☐ Ich ernähre mich vegan.

Ich ernähre mich ausgewogen

☐ nein ☐ ja ☐ Ich weiß nicht.

Ich konsumiere Süßigkeiten, Marmelade, Honig, zuckerhaltige Getränke, Chips, Knabbergebäck etc.

☐ nie ☐ selten ☐ täglich

☐ Ich esse wiederholt mehr als ich zum Sattwerden brauche.

Ich trinke täglich

☐ weniger als 1 Liter ☐ 1 - 2 Liter ☐ mehr als 2 Liter

Am häufigsten trinke ich

06. Körperliche Aktivität

Ich mache körperliche Bewegung mindestens 150 Minuten/Woche.

☐ nie ☐ manchmal ☐ regelmäßig

Ich fühle mich körperlich leistungsfähig

☐ nein ☐ ja

07. Alkohol

☐ Ich trinke Gläser Wein/ Gläser Bier/ Stamplerl harten

Alkohol pro Woche.

- ☐ 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*in, 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.

08. Illegale Drogen nehme ich

☐ nie ☐ ja, welche:

09. Nikotin

- ☐ Ich konsumiere Zigaretten pro Tag, Zigarren pro Tag, Pfeifen pro Tag, Nikotinbeutel pro Tag.
- ☐ Ich hätte gerne Informationen über Rauchstopp/Methoden/Programme.
- ☐ Ich bin Nichtraucher*in seit:

10. Gedächtnisleistung

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

11. Stimmung

Es gab eine Zeit, in der ich mich fast jeden Tag niedergeschlagen oder traurig gefühlt habe.

☐ nein ☐ ja. Wie lange hielt das an?

Ich habe während der letzten vier Wochen das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren, die mir normalerweise Freude machen.

☐ nein ☐ ja

Falls ja, war das fast jeden Tag der Fall?

☐ nein ☐ ja. Wie lange hielt das an?

Ich habe manchmal plötzliche Angst- oder Panikzustände.

☐ nein ☐ ja

12. Stress

- ☐ Wenn ich einmal einige Stunden nichts Produktives gemacht habe, tauchen häufig Schuldgefühle in mir auf.
- ☐ Ich kann oft schwer „nein“ sagen, wenn mich jemand um etwas bittet.
- ☐ Ich erledige häufig alltägliche Dinge (z. B. Gehen, Essen, etc.) sehr schnell.
- ☐ Die Langsamkeit anderer macht mich oft ungeduldig.
- ☐ Bei Aufregungen schlägt mein Herz häufig unregelmäßig.
- ☐ Für mich selbst nehme ich mir oft viel zu wenig Zeit.
- ☐ Meine Leistungen werden häufig von der Umgebung zu wenig anerkannt.
- ☐ Ich äußere mich häufig sarkastisch oder zynisch.
- ☐ Es besteht eine finanzielle Belastung, den Alltag zu bewältigen

13. Familie/Beziehung/Kinder

Fühle ich mich in meiner Familie/Beziehung überwiegend wohl?

☐ nein ☐ ja

☐ Ich habe schon öfters über eine Trennung von meinem/meiner Partner*in nachgedacht.

☐ Ich habe Probleme mit einzelnen Familienmitgliedern oder Freunden.

☐ Ich fühle mich einsam.

14. Beschwerden

- ☐ Ich habe Atemnot bei körperlicher Belastung (z. B. Stiegensteigen etc.).
- ☐ 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 Probleme mit den Zähnen, Zahnfleisch oder Zahnprothesen.
☐ Ich habe Mundgeruch.
☐ Ich habe Aufstoßen, Völlegefühl, Blähungen.
☐ Ich habe Widerwillen gegen bestimmte Speisen.
☐ Es besteht eine Verstopfung.
☐ Ich habe häufig Durchfall.
☐ Meine Stuhlgewohnheiten haben sich 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.
☐ Ich hatte zwei oder mehr Stürze innerhalb der letzten 6 Monate.
☐ Ich hatte Rückenschmerzen, die länger als 3 Wochen anhielten.
☐ Meine Körpergröße nimmt ab.
☐ Ich bin mit meiner Schlafqualität unzufrieden.
☐ Ich habe Probleme beim Sehen (trotz Tragen einer Brille oder von Kontaktlinsen).

15. Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten

Ich habe seit der letzten Vorsorgeuntersuchung eine neue Allergie oder eine neue Lebensmittelunverträglichkeit bemerkt.

- ☐ nein ☐ ja, welche?:

16. Ab dem 45. Lebensjahr

Wurde eine Darmspiegelung/Stuhluntersuchung auf Blut gemacht?

- ☐ nein ☐ ja. Wann zuletzt?

17. Ab dem 65. Lebensjahr

- ☐ Meine letzte Augenuntersuchung war vor mehr als 3 Jahren.
☐ Ich habe Sehstörungen (Lichtblitze, Schattensehen, Schleiersehen, fliegende Mücken, Bildausfälle).
☐ Ich höre zwar Gesagtes, verstehe es aber nicht immer genau.
☐ Ich muss Mitmenschen oft bitten zu wiederholen, was sie gesagt haben.
☐ Gelegentlich tritt ein Ohrgeräusch auf.
☐ Es gibt in der Familie Schwerhörigkeit, die schon im frühen Alter auftrat.
☐ Ich habe Probleme mit dem Riechen oder Geschmackssinn.
☐ Ich habe Probleme mit dem Tastsinn.

18. Sexualleben

Ich bin zufrieden mit meinem Sexualleben.

- ☐ nein ☐ ja

Ich habe Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Lustlosigkeit, Orgasmusschwäche.

- ☐ nein ☐ ja

Ich verwende beim Geschlechtsverkehr einen Infektionsschutz (z. B. Kondom etc.).

- ☐ nein ☐ ja

Ich bin mit meiner geschlechtlichen Rolle in der Gesellschaft zufrieden.

- ☐ nein ☐ ja

Die beiden nachfolgenden Rubriken beantworten Sie bitte gemäß Ihrer Geschlechtsidentität.

19. Spezifische weibliche Gesundheitsfragen

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 Früherkennungsmammografie (nach Einladung) teil.
☐ nein ☐ ja. Wann zuletzt?
 Wurden Ihnen schon kürzere Untersuchungsintervalle als zweijährliche Mammografien empfohlen?
☐ nein ☐ ja
☐ Ich wurde an der Brust operiert
MENSTRUATION/BLUTUNGEN
 Regelmäßig (alle 26 bis 38 Tage)?
☐ nein ☐ ja

Ich nehme Hormonmedikamente ein:

- ☐ nein ☐ ja. Wozu?

Ich verhüte mit:

Letzte Menstruation war vor:

- ☐ Die Blutungsstärke ist nicht normal.
☐ Ich habe Schmerzen vor oder während der Menstruation.
☐ Ich habe Blutungen aus der Scheide (zwischen durch, 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. Wann zuletzt:

GEBURTEN

- ☐ Anzahl der Schwangerschaften:
☐ Anzahl der Geburten:
 Es gab Komplikationen (z. B. Diabetes, Schwangerschaftsvergiftung etc.) während Schwangerschaft oder Geburt.
☐ nein ☐ ja. Welche?

20. Spezifische männliche Gesundheitsfragen

Ich habe einen schwachen Strahl beim Urinieren.

- ☐ nein ☐ ja

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

- ☐ nein ☐ ja

Ich leide an Erektionsschwäche oder vorzeitigem Samenerguss

- ☐ nein ☐ ja

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

.....

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

Datum, Unterschrift

Autoren/Autorinnen:

Ausgabe 2026: Herbert Bachler, Autoren: H. Bachler, T. Graf, B. Hofbaur, P. Kowatsch, V. Seppi, E. Zelko, S. Antlinger

Für den Inhalt verantwortlich: ÖGAM | **HERAUSGEGEBER:** ÖGAM, nächste Überarbeitung 2028

ÖGAM-Sekretariat, c/o Wiener Medizinische Akademie, Alser Straße 4, 1090 Wien, -Mail: office@oegam.at