

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.

Arztstempel

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

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

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Geschlecht: Ich habe eine gültige ☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht

01. VORSORGEUNTERSUCHUNG

Ich nehme regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil.

☐ Nein ☐ Ja, wann zuletzt:

Mein Impfpass wurde zuletzt vor ca. Jahren kontrolliert.

VORGESCHICHTE

02. Erkrankungen in der Familie

- ☐ Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 60 Jahren bei Blutsverwandten
- ☐ Ich habe/hatte eine/einen Blutsverwandte/n mit erhöhten Blutfettwerten.
- ☐ Thrombose/Lungeninfarkt bei Blutsverwandten
- ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit) bei Blutsverwandten
- ☐ Glaukom (Grüner Star) bei Blutsverwandten
- ☐ Es gibt/gab Blutsverwandte mit Brustkrebs; Verwandtschaftsgrad:
- ☐ Krebs- bzw. Tumorerkrankungen bei Blutsverwandten; Krebsart:
- ☐ Ich habe Blutsverwandte mit psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, Sucht, Psychosen etc.).

03. Ich habe oder hatte folgende Erkrankungen

- ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
 - ☐ Ich bin deswegen in Behandlung
- ☐ Bluthochdruck
 - ☐ Ich bin deswegen in Behandlung
- ☐ Herzinfarkt/Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße
- ☐ Herzschwäche
- ☐ arterielle Durchblutungsstörung der Beine
- ☐ Schlaganfall/Gehirnblutung
- ☐ Erkrankungen der Atemwege (z. B. Atemnot, chronischer Husten, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung etc.)
- ☐ Erkrankungen der Verdauungsorgane (z. B. Leberzirrhose, Magengeschwür, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Darmerkrankungen etc.)
- ☐ Erkrankungen der Harnwege/Nieren
- ☐ chronische Hauterkrankungen
- ☐ Erkrankungen der Gelenke
- ☐ Migräne oder häufige Kopfschmerzen
- ☐ Infektionskrankheit oder Geschlechtskrankheit
- ☐ Krebs, Leukämie oder Lymphom
- ☐ seelische Erkrankungen
- ☐ Krankenhausaufenthalte
- ☐ Sonstige

04. Frühere schwere Erkrankungen oder Operationen

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ☐ Kopf/ Gehirn | ☐ Augen |
| ☐ Ohren | ☐ „Mandeln“ |
| ☐ Nasen | ☐ Schilddrüse |
| ☐ Herz | ☐ Lunge |
| ☐ Leber | ☐ Gallenblase |
| ☐ Niere | ☐ Magen |
| ☐ Darm | ☐ „Blinddarm“ |
| ☐ Leistenbruch | ☐ Harnwege |
| ☐ Geschlechtsorgane | ☐ Gliedmaßen |

☐ schwere Unfälle

☐ Sonstige:

05. 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):
.....
.....
.....
.....
.....

06. Beruf

Ich bin in meinem Beruf meistens zufrieden.

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

07. Belastungen am Arbeitsplatz

- ☐ schwere körperliche Arbeit
 - ☐ Schichtarbeit oder Akkordarbeit
 - ☐ Staub, Gase, Geruch, Chemikalien
 - ☐ Lärm, Witterung, Hitze, Kälte
 - ☐ Zeitdruck / zu wenig Pausen
 - ☐ hoher Leistungsdruck
 - ☐ Belastungen durch Vorgesetzte und/oder Kolleg*innen
 - ☐ wiederholter Überstundendruck
 - ☐ einseitige Arbeitshaltung (z. B. ständiges Sitzen/Stehen usw.)
 - ☐ Mehrfachbelastungen (Nebenberufe, Haushalt, Pflege von Angehörigen etc.)
 - ☐ Monotonie, Langeweile, Unterforderung
 - ☐ Drohender Arbeitsplatzverlust
- Seit wann bestehen diese Belastungen?

08. 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

09. Körperliche Aktivität

Ich mache körperliche Bewegung mindestens 150 Minuten/Woche.

☐ nie ☐ manchmal ☐ regelmäßig

Ich fühle mich körperlich leistungsfähig

☐ nein ☐ ja

10. Alkohol

☐ Ich trinke Gläser Wein/ Gläser Bier/ Stampferl 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.

11. Illegale Drogen nehme ich

☐ nie ☐ ja, welche:

12. 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:

14. Gedächtnisleistung

☐ Ich mache mir Sorgen, dass sich mein Gedächtnis verschlechtern könnte.

☐ Angehörige oder Bekannte haben die Bemerkungen gemacht, dass mein Gedächtnis schlechter geworden sei.

15. 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

16. Stress

☐ Wenn ich einmal einige Stunden nichts Produktives gemacht habe, tauchen häufig Schuldgefühle in mir auf.

☐ Ich kann oft schwer „nein“ sagen, wenn jemand mich 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.

17. 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.

18. 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).

19. Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten

☐ 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.

QUELLEN DER GESUNDHEIT (nach Jork und Schlamp: SALUS)

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

Autoren/Autorinnen:

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

Ausgabe 2021: Franz Burghuber | Peer Review: H. Bachler, B. Hofbaur, Ch. Gonzales, B. Panhofer, S. Rabady, E. Rebhandl

Für den Inhalt verantwortlich: ÖGAM | HERAUSGEBER: ÖGAM, nächste Überarbeitung 2028

ÖGAM-Sekretariat, c/o Wiener Medizinische Akademie, Alser Straße 4, 1090 Wien

Tel.: +43 1 405 13 83-17, Fax: +43 1 405 13 83-917, E-Mail: office@oegam.at

BESTELLUNG & PDF ZUM DOWNLOAD: <https://oegam.at/gesundheitsfragebogen>