



Daten des Probanden		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Name und Anschrift		
Postleitzahl		Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
		versichert bei:
		<input type="text"/>
		Versicherungsstatus
<input type="checkbox"/> erwerbstätig, AMS		<input type="checkbox"/> Fremdstaaten
<input type="checkbox"/> Pensionist		<input type="checkbox"/> EU-Abkommen
<input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebener		<input type="checkbox"/> nicht versichert

Klinische Untersuchung	Empfohlene Maßnahmen
Kopf/Hals	
<i>ab 65 Jahre</i> Hörverminderung (Ergebnis Flüstertest) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sehschwierigkeiten (Anamnesebogen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Überweisung zum HNO-FA <input type="checkbox"/> Überweisung zum Augen-FA
Herz/Lunge/Gefäße	
Abdomen	
WS/Gelenke	
Haut	
Hautkrebs von Proband/in angegebene Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bestätigt bösa. Melanom bei Verwandtem 1. Grades <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Selbstbeobachtung <input type="checkbox"/> Überweisung zum Haut-FA
sonstige auffällige Befunde	

Parodontitis-Risikoklasse	
gesundes Zahnfleisch <input type="checkbox"/> ja= 0 <input type="checkbox"/> nein	
Zahnstein/Plaque/Mundgeruch/Rauchen/Hormonveränderung (z. B. Pubertät, Wechseljahre)/Diabetes mellitus/motorisches Hygieneerschweris <input type="checkbox"/> ja= 1 <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 0: sorgfältige Reinigung alle 24 h <input type="checkbox"/> 1: Empfehlung zu fachger. Pflege <input type="checkbox"/> 2: Überweisung zum Zahnarzt
Rötung/Schwellung/Lockerung <input type="checkbox"/> ja= 2 <input type="checkbox"/> nein	

Blutuntersuchung	
Chol mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HDL-Chol mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> T-Chol/ HDL-Chol <input type="text"/> , <input type="text"/>	
Rotes Blutbild (Frauen)	Harnuntersuchung
Ery T/l <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> Blutzucker mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	neg pos Leukozyten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hb g/dl <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	Glucose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hkt % <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	Nitrit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Triglyceride (nüchtern) mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Eiweiß <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gamma-GT U/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Blut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ubg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> Befundbesprechung <input type="checkbox"/> weitergehende Laboruntersuchung veranlasst <input type="checkbox"/> Wiederholung der Laboruntersuchung

Blutdruck (mmHg)	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ideal < 120/80 <input type="checkbox"/> normal 120—129/80—84 <input type="checkbox"/> noch normal 130—139/85—89 <input type="checkbox"/> Hypertonie Stadium 1 140—179/90—109 <input type="checkbox"/> Hypertonie Stadium 2 ≥ 180/110 <input type="checkbox"/> isolierte systolische Hypertonie ≥ 140/<90
<input type="checkbox"/> blutdrucksenkendes Medikament eingenommen	<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> Hypertonieschulung (Angebot) <input type="checkbox"/> Weiterführung der Therapie

BMI (kg/m²)	
<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> < 18,5 <input type="checkbox"/> 18,5—24,9 <input type="checkbox"/> 25,0—29,9 Präadipositas <input type="checkbox"/> 30,0—34,9 Grad I Adipositas <input type="checkbox"/> 35,0—39,9 Grad II Adipositas <input type="checkbox"/> ≥ 40,0 Grad III Adipositas
<input type="checkbox"/> Taille Männer < 102 cm Taille Frauen < 88 cm <input type="checkbox"/> größerer Taillenumfang	<input type="checkbox"/> Bewegungsberatung <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung



Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung Allgemeines Programm für Frauen und Männer

Körperliche Bewegung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> Bewegungsberatung <input type="checkbox"/> Bewegungsprogramm <input type="checkbox"/> von Proband/in abgelehnt
Alkohol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alkoholfragebogen	<input type="checkbox"/> Gespräch <input type="checkbox"/> Entwöhnungsprogramm
Rauchverhalten sicher Nichtraucher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Kurzintervention <input type="checkbox"/> Entwöhnungsprogramm
Blutzuckeruntersuchung <input type="checkbox"/> bestehender Diabetes Ergebnis	<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> Schulung <input type="checkbox"/> Weiterführung der Therapie
Kardiovaskuläres Risiko <i>bis 40 Jahre</i> <i>ab 40 Jahre</i> anamnestisch <input type="checkbox"/> Ergebnis des AHA Risk Calculator	<input type="checkbox"/> Übertrag in Gesundheitspass <input type="checkbox"/> Gespräch <input type="checkbox"/> Lifestyleintervention <input type="checkbox"/> Therapieeinleitung
Frauen PAP-Abstrich-Befund (zeitgerecht) <input type="checkbox"/> Abstrich gemacht Befund vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ärztliche Beratung und Aufklärung vor PAP-Abstrich	Frauen ab 40 Jahre Mammographiebefund (zeitgerecht) <input type="checkbox"/> ja BIRADS-Befund vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ärztliche Beratung und Aufklärung vor Vorsorge-Mammographie
ab 50 Jahre Okkultes Blut im Stuhl Vorbefunde aktueller Befund (12—24 Monate)	<input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> von Proband/in abgelehnt
Koloskopie Wann war die letzte Koloskopie <input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 10 Jahre <input type="checkbox"/> länger als 10 Jahre <input type="checkbox"/> bisher keine	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Urologie-FA auf Wunsch des Probanden
Männer ab 50 Jahre Prostata <input type="checkbox"/> Ärztliche Beratung/Aufklärung über den PSA-Test auf Wunsch des Probanden	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Augen-FA
bis 65 Jahre Bei Vorliegen von Diabetes mellitus oder Myopie (> -5dpt) oder familiärem Glaukom Risiko für Glaukom (Grüner Star) vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Untersuchung für Glaukom beim FA innerhalb der letzten 24 Monate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Augen-FA
ab 65 Jahre Augen Sehvermögen innerhalb der letzten 24 Monate mind. 1x kontrolliert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Untersuchung für Glaukom beim FA innerhalb der letzten 24 Monate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Augen-FA
Bereits bekannte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> weitere Abklärung
Verdacht auf behandlungswürdiges Gesundheitsproblem und neu entdeckte Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche	

Untersuchungsdatum TT - MM - JJJJ
 - -

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ
 - - -

Fachgebiet - Vertragspartnernummer
 -

Ich bestätige hiermit, dass ich in den letzten 12 Monaten bei keiner Vorsorgeuntersuchung war!

- Abschlussgespräch durchgeführt
- Proband/in ist nicht zum Abschlussgespräch erschienen

Stempel oder Etikett der Praxis

Unterschrift Proband/in

Unterschrift Arzt