



# Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung Allgemeines Programm für Frauen und Männer

**Daten des Probanden**      Geschlecht  männlich  
 weiblich

Name und Anschrift

Postleitzahl

**Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ**

--

**versichert bei:**

**Versicherungsstatus**

erwerbstätig, AMS       Fremdstaaten  
 Pensionist       EU-Abkommen  
 Kriegshinterbliebener       nicht versichert

Klinische Untersuchung	Empfohlene Maßnahmen
Kopf/Hals	
<b>ab 65 Jahre</b> 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	
<b>Hautkrebs</b> von Proband/in angegebene Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bestätigt bösart. 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	

<b>Parodontitis-Risikoklasse</b> 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 Rötung/Schwellung/Lockerung <input type="checkbox"/> ja= 2 <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
--	--

<b>Blutuntersuchung</b> Chol mg/dl <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> HDL-Chol mg/dl <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> T-Chol/ HDL-Chol <input style="width: 40px;" type="text"/> , <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> Befundbesprechung <input type="checkbox"/> weitergehende Laboruntersuchung veranlasst <input type="checkbox"/> Wiederholung der Laboruntersuchung
<b>Rotes Blutbild (Frauen)</b> Ery T/l <input style="width: 40px;" type="text"/> , <input style="width: 40px;" type="text"/> Blutzucker mg/dl <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	
Hb g/dl <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> , <input style="width: 40px;" type="text"/> Triglyceride (nüchtern) mg/dl <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	
Hkt % <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> , <input style="width: 40px;" type="text"/> Gamma-GT U/l <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<b>Harnuntersuchung</b> neg   pos Leukozyten <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> Nitrit <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> Eiweiß <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> Ubg <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>

<b>Blutdruck (mmHg)</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" 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

<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> , <input style="width: 40px;" 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 <input type="checkbox"/> 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

<b>Körperliche Bewegung</b> <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
<b>Alkohol</b> Alkoholfragebogen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aufhörwille vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein andere Vorbefunde (Alkohol) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Gespräch <input type="checkbox"/> Entwöhnungsprogramm
<b>Rauchverhalten</b> sicher Nichtraucher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufhörwille vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Kurzintervention <input type="checkbox"/> Entwöhnungsprogramm
<b>Blutzuckeruntersuchung</b> <input type="checkbox"/> bestehender Diabetes	<b>Ergebnis</b> <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> nüchtern >126 [mg/dl] <input type="checkbox"/> nicht nüchtern >200 [mg/dl]	<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> Schulung <input type="checkbox"/> Weiterführung der Therapie
<b>Kardiovaskuläres Risiko</b> <i>bis 40 Jahre</i> <i>ab 40 Jahre</i> anamnestisch <input type="checkbox"/>	<b>Ergebnis des AHA Risk Calculator</b> <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> hoch <b>Ergebnis des New Zealand Risk Scale</b> <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> sehr hoch	<input type="checkbox"/> Übertrag in Gesundheitspass <input type="checkbox"/> Gespräch <input type="checkbox"/> Lifestyleintervention <input type="checkbox"/> Therapieeinleitung
<b>Frauen</b> <b>PAP-Abstrich-Befund (zeitgerecht)</b> <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	<b>Frauen ab 40 Jahre</b> <b>Mammographiebefund (zeitgerecht)</b> <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	<input type="checkbox"/> Überweisung Frauen-FA <input type="checkbox"/> von Probandin abgelehnt <input type="checkbox"/> Überweisung Röntgen-FA <input type="checkbox"/> von Probandin abgelehnt
<i>ab 50 Jahre</i> <b>Okkultes Blut im Stuhl</b> Vorbefunde (12—24 Monate) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig <b>Koloskopie</b> 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	<b>aktueller Befund</b> <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> ärztliche Beratung/Aufklärung über Koloskopie durchgeführt	<input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> von Proband/in abgelehnt
<i>Männer ab 50 Jahre</i> <b>Prostata</b> <input type="checkbox"/> Ärztliche Beratung/Aufklärung über den PSA-Test auf Wunsch des Probanden		<input type="checkbox"/> Überweisung zum Urologie-FA auf Wunsch des Probanden
<i>bis 65 Jahre</i> <b>Bei Vorliegen von Diabetes mellitus oder Myopie (&gt; -5dpt) oder familiärem Glaukom</b> 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
<i>ab 65 Jahre</i> <b>Augen</b> 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="text"/> <input type="text"/>		
Verdacht auf behandlungswürdiges Gesundheitsproblem und neu entdeckte Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> weitere Abklärung

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