

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Es freut mich, dass Sie sich verantwortungsbewusst zu einer Vorsorgeuntersuchung am angemeldet haben. Als Vorbereitung für die Vorsorgeuntersuchung bitte ich Sie, diesen Fragebogen zu Hause in Ruhe auszufüllen und zur Untersuchung mitzubringen. Bei der Untersuchung besprechen wir gemeinsam diese Fragen, sie helfen, einen guten Überblick über Ihren Gesundheitszustand zu bekommen.

Natürlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich, entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit freundlichen Grüßen Ihr

Beantworten Sie die Fragen durch Ankreuzen der zutreffenden Antwort ☒
Selbstverständlich können Sie solche Fragen, die Sie nicht beantworten wollen, einfach auslassen!

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

VORSORGEUNTERSUCHUNG

Mache ich jährlich eine komplette (= nicht nur Genitalbereich) Vorsorgeuntersuchung?

- Nein Ja

Frühere Vorsorgeuntersuchungen haben meine Lebensgewohnheiten geändert?

- Nein Ja

Entsprechen meine Impfungen dem neuesten Stand?

- Nein Ja
 Weiß nicht

Bringen Sie bitte alle Ihre Impfkarten zur Vorsorgeuntersuchung mit.

VORGESCHICHTE

- Herztodesfälle unter 60 Jahren bei Blutsverwandten 1. Grades (Eltern, Großeltern, Geschwister)
- Krebserkrankungen bei Blutsverwandten 1. Grades (Eltern, Großeltern, Geschwister)
- Zuckerkrankheit bei Blutsverwandten 1. Grades (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Standen oder stehen Sie in Behandlung wegen:

- hohem Blutdruck
- Herzinfarkt
- anderen Herz/Kreislaufkrankungen
- Schlaganfall
- Erkrankungen der Atemwege (Lunge, Bronchien)
- Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)
- Erkrankungen der Harnwege/Nieren
- Erkrankungen der Gelenke/Wirbelsäule
- Krebs
- Zuckerkrankheit
- seelischen Erkrankungen

Frühere schwere Erkrankungen oder Operationen (bitte genauere Angaben machen):

- Kopf/Gehirn
- Augen
- Ohren
- „Mandeln“
- Nasenpolypen
- Schilddrüse
- Herz
- Lunge
- Leber
- Gallenblase
- Niere
- Magen
- Darm
- „Blinddarm“

- Leistenbruch
- Harnwege
- Geschlechtsorgane
- Arme
- Beine
- schwere Unfälle
- Sonstige
- Ich nehme regelmäßig Medikamente ein**
- Ich nehme Vitaminpräparate ein
- Ich nehme Nahrungsmittelzusatzstoffe ein
- Ich nehme Aspro, Aspirin, Aspro C,... ein
- Ich nehme andere Schmerz/Rheumamittel ein
- Ich nehme homöopathische Medikamente ein
- Ich behandle mich wiederholt mit Tee
- Ich nehme wiederholt pflanzliche Arzneien ein
- Ich nehme wiederholt andere Arzneien ein (bitte anführen):

Ich habe Allergien

BERUF

Ich bin in meinem Beruf meistens zufrieden?

- Nein Ja

Ich möchte eigentlich meinen Beruf wechseln, wenn ich könnte.

BELASTUNGEN AM ARBEITSPLATZ DURCH:

- schwere körperliche Arbeit
- Schichtarbeit
- Akkordarbeit
- Staub
- Gase
- Geruch
- Lärm
- Witterung, Hitze, Zug
- Chemikalien
- ständiger Zeitdruck
- ständiger Produktivitätsdruck
- ständiger Innovationsdruck
- ständiger Preisdruck
- ständige Konzentration
- immer am neuesten Stand sein zu müssen
- ständige Belastungen durch Vorgesetzte
- wiederholter Überstundendruck (unbezahlt)
- ständige Belastungen durch KollegInnen
- ständige Belastungen durch Untergebene
- ständige Belastungen durch Anvertraute (Schüler, Pfleger...)



© by
ögam

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin - Mitglied der WONCA

meinArzt
ein Leben lang!

- einseitige Arbeitshaltung (ständiges Sitzen, ständiges Stehen...)
- zu wenig Pausen
- Spannungen/Streit am Arbeitsplatz
- Mehrfachbelastungen (Nebenberufe; Haushalt...)

ERNÄHRUNGSVERHALTEN

- Gewöhnlich esse ich Fleischwaren oder Wurst etc. mehr als 2x/Woche**

Mein Konsum an Eiern (einschließlich der „verkochten“) beträgt

- mehr als drei Stück pro Woche
- drei oder weniger Stück pro Woche

Ich konsumiere

- Butter, Käse, Vollmilch täglich
- fettreduzierte Margarine
- fettreduzierte Milchprodukte

Ich esse Gemüse/Salat Portionen

- nicht jeden Tag
- täglich mehrmals täglich

Ich esse Obstportionen

- nicht jeden Tag
- täglich mehrmals täglich

Ich esse Vollkornprodukte

- nie täglich mehrmals pro Woche

Ich nehme 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

- weniger als 1.5 Liter
- mehr als 1.5 Liter

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT**In Beruf oder Freizeit mache ich viel körperliche Bewegung**

- selten häufig

Ich mache körperliche Bewegung durchgehend mindestens 1/2 Stunde pro Tag

- manchmal fünf mal pro Woche

ALKOHOL**Ich trinke Alkohol**

- täglich nie gelegentlich

ILLEGALE DROGEN nehme ich

- manchmal nie
- häufig

RAUCHEN**Ich bin Raucher** (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)

- Ja
- Nein. Ich bin Nichtraucher seit:.....

- Ich möchte mit dem Rauchen aufhören

GEWICHT

Grösse:..... Gewicht:.....

BLUTDRUCK

- Mein Blutdruck ist höher als 135/85.
- Nicht bekannt

BLUTFETTE

- Mein Cholesterinwert ist höher als 200.
- Nicht bekannt

BLUTZUCKER

- Mein Nüchternblutzucker ist höher als 110.
- Nicht bekannt

GEDÄCHTNISLEISTUNG

- Ich vergesse wiederholt zurückliegende Ereignisse.
- Es kommt häufig vor, dass ich tägliche Arbeiten unvollständig ausführe, weil ich nicht mehr daran denke.
- Mir geht mitten im Satz der Sinn verloren oder es fallen mir oft einfache Wörter nicht ein.
- Es ist mir schon passiert, dass ich mich an sonst gewohnten Orten nicht zurechtfinde.
- Ich fühle mich zunehmend von früher – für mich einfachen Erledigungen – überfordert (z.B. Auto fahren, Einkäufe, Behördenwege).
- Ich wundere mich manchmal selbst, wo ich verlegte Gegenstände wieder finde.
- Es passiert mir wiederholt, dass ich mich im Datum oder in der Uhrzeit auffällig verschätze.

STIMMUNG

- Meine Stimmung schwankt auffällig oft, plötzlich und unmotiviert.
- Ich bin im Gegensatz zu früher übervorsichtig, misstrauisch und reizbar.
- Ich habe – obwohl ich genügend Zeit hätte – meine früheren Hobbies deutlich reduziert.
- Ich habe in letzter Zeit eine geringere Impulskontrolle: Irritiertheit, Unruhe, Unzufriedenheit,...
- Es ist mir aufgefallen, dass ich in letzter Zeit versucht habe, Probleme durch Alkohol zu bereinigen.
- Ich fühle mich in letzter Zeit besonders schlapp, müde oder antriebslos.
- Ich habe das Interesse an Tätigkeiten verloren, die mir früher Freude bereitet haben.
- Der Kontakt zu Freunden hat in letzter Zeit deutlich abgenommen.
- Ich bin oft schwermütig oder fühle Hoffnungslosigkeit.
- Ich habe unbegründet weniger oder mehr Appetit.
- Ich habe Schwierigkeiten, mich auf ein bestimmtes Thema zu konzentrieren.
- Ich habe gehäuft unerklärliche Schmerzen (Kopf, Nacken, Rücken, Magen,...).
- Ich denke manchmal, ich wäre lieber tot.
- Ich wollte mir in letzter Zeit ein Leid zufügen.

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.
- Ich habe häufig Schlafprobleme, bin unausgeschlafen und müde.
- 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.
- Mitmenschen würden mich häufig als „gereizt“ und „ungeduldig“ beschreiben.

FAMILIE/BEZIEHUNG/KINDER**Fühle ich mich in meiner Familie/Beziehung wohl?**

- Nein Ja

- Ich fühle mich in meiner Familie/Beziehung häufig unzufrieden.
- Ich möchte mich eigentlich von meiner/meinem PartnerIn/Familie trennen, wenn ich könnte.
- Ich habe Probleme mit einzelnen Familienmitgliedern.



© by
ögam

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin - Mitglied der WONCA

meinArzt
ein Leben lang!

BESCHWERDEN

- Ich bin nervös, ängstlich, überlastet, überfordert.
- Ich habe Schlafstörungen.
- Ich habe Atemnot bei körperlicher Belastung (Stiegensteigen,...).
- Ich wache wegen Atemnot auf.
- Abends sind meine Beine geschwollen.
- Ich habe Schmerzen in den Waden, die sich beim Gehen verstärken.
- Ich habe Beschwerden in der Herzgegend, Herzjagen, Herzstolpern.
- Ich habe Gelenks- oder Muskelschmerzen.
- Ich habe wiederholten Husten.
- Ich habe wiederholte Heiserkeit.
- Ich habe Schluckbeschwerden.
- Ich habe Appetitmangel.
- Ich habe in letzter Zeit ungewollt abgenommen.
- Ich habe Aufstoßen wie Säure, Völlegefühl, Blähungen.
- Ich habe Beschwerden in der Magengegend.
- Ich habe Widerwillen gegen Speisen, Völlegefühl, Ekel.
- Es besteht eine Verstopfung.
- Ich habe häufig Durchfall.
- Es haben sich meine Stuhlgewohnheiten geändert.
- Ich habe am Stuhl Blut oder eine Schwarzerfärbung bemerkt.
- Ich habe Beschwerden im Afterbereich.
- Ich muss nachts mehr als 1x urinieren.
- 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.
- 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.
- Meine Arbeitsleistung lässt deutlich nach.
- Ich sehe in die Ferne nicht mehr gut.
- Ich sehe in die Nähe nicht mehr gut.
- 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.
- Ich habe Schwierigkeiten mit dem Hören, wenn mehrere gleichzeitig sprechen.
- 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 Probleme in der Mundhöhle.
- Ich habe Probleme mit den Zähnen.
- Ich habe andere Beschwerden, nach denen hier nicht gefragt ist.

Männer bitte weiter auf Seite 4 bei „Männerrolle“

FRAUENROLLE

Ich fühle mich in meiner Rolle als Frau wohl.

- Nein Ja

BRÜSTE

Führe ich 1x/Monat eine Selbstuntersuchung meiner Brüste durch?

- Nein Ja

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

Lasse ich in regelmäßigen Abständen eine Mammographie machen?

- Nein
 Ja (Wann zuletzt:.....)

Ich wurde an der Brust operiert.

MENSTRUATION/BLUTUNGEN

Regelmäßig (alle 26 bis 30 Tage)?

- Nein Ja

Ich habe keine Menstruation seit ca.....

Blutungsstärke normal?

- Nein Ja

- Ich habe Schmerzen vor oder bei der Menstruation.
- Ich habe Zwischenblutungen bzw. Blutungen nach den Wechseljahren.
- Ich habe einen ungewöhnlichen Ausfluss aus der Scheide.
- Ich habe Blutungen beim Geschlechtsverkehr.
- Ich empfinde meine Scheide als zu trocken.
- Ich leide unter Hitzewallungen.

Lasse ich 1x/Jahr einen Krebsabstrich vom Muttermund machen?

- Nein Ja

SCHWANGERSCHAFT

Geburten

- eine mehrere (Wie viele?:.....)

Fehlgeburten

- eine mehrere

Schwangerschaftsunterbrechungen

- eine mehrere

HARN

Ich habe einen ungewollten Harnabgang.

SEXUALLEBEN

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

- beraten lassen
 behandeln lassen

Bin ich zufrieden mit meinem Sexualleben?

- Nein Ja

- Mein Sexualleben könnte für mich besser sein.
- Ich habe ein geringes sexuelles Interesse.



© by
ögam

Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin - Mitglied der WONCA

meinArzt
ein Leben lang!

Erlebe ich einen Orgasmus?
 selten fast immer

Der Geschlechtsverkehr ist befriedigend für mich?
 selten fast immer

Ich nehme Hormonmedikamente ein:
 zur Therapie
 zur Empfängnisverhütung (Pille)

MÄNNERROLLE

Ich fühle mich in meiner Rolle als Mann wohl.
 Nein Ja

ich führe 1x/Monat eine Selbstuntersuchung der Hoden durch.
 selten regelmäßig

PROSTATA/URINIEREN

Ich habe einen schwachen Strahl beim Urinieren?
 regelmäßig nie

Ich muss pressen oder mich anstrengen, um mit dem Urinieren beginnen zu können?
 regelmäßig nie

Ich habe ungewollten Harnabgang?
 regelmäßig nie

SEXUALLEBEN

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

Ich bin zufrieden mit meinem Sexualleben.
 Nein Ja

Ich habe ein geringes sexuelles Interesse.

Meine Fähigkeit, eine Erektion zu bekommen und zu halten ist
 gering gut

Erlebe ich einen Orgasmus?
 selten fast immer

ABSCHLIEßENDE FRAGEN

Fühle ich mich rundum gesund?
 Nein Ja

Fühle ich mich wohl?
 Nein Ja

Ausgefüllt am:



meinArzt
ein Leben lang!

Für die ÖGAM entwickelt von:

Dr. Franz Burghuber
Allgemeinmedizin
4150 Rohrbach

Unter Mithilfe von:

Univ. Prof. Dr. Anita Rieder
Inst.f. Soz. Medizin
Universität Wien

Dr. Erwin Rebhandl
Präsident der ÖGAM
4170 Haslach

Vorstandsmitglieder der ÖGAM



© by

ögam

Osterreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin - Mitglied der WONCA