



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

Klinische Untersuchung Kopf/Hals Herz/Lunge/Gefäße Abdomen WS/Gelenke Haut	Maßnahmen
--	------------------

Hörverminderung <i>ab 65 Jahre</i> Vorbefundung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich neue Verdachtsdiagnose in der VU <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sehverminderung <i>ab 65 Jahre</i> Vorbefundung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich neue Verdachtsdiagnose in der VU <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Glaukom <i>bis 65 Jahre</i> bei Vorliegen von Diabetes mellitus oder Myopie (>-5dpt) oder familiären Glaukom Risikogruppe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vorbefundung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich neue Verdachtsdiagnose in der VU <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich sonstige Maßnahmen Hören/Sehen <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="text"/>
--	---

Parodontitis-Risikoklasse <input type="checkbox"/> kein Risiko (Risikoklasse 0) <input type="checkbox"/> erhöhtes Risiko (Risikoklasse 1 und 2) <input type="checkbox"/> VollprothesenträgerIn	Beratung: <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Abklärung Zahnarzt/-ärztin: <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich
--	---

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"/> Chol HDL-Chol <input type="text"/> <input type="text"/> Triglyceride (nüchtern) mg/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gamma-GT U/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rotes Blutbild (Frauen) Ery T/l <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hb g/dl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Hkt % <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Harn <i>neg pos</i> Leukozyten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nitrit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eiweiß <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ubg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Befundbesprechung <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich sonstige Maßnahmen <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="text"/>
--	--

Diabetes bestehender Diabetes <input type="checkbox"/> ja, Typ 1 <input type="checkbox"/> ja, Typ 2 <input type="checkbox"/> nein Blutzucker nüchtern (mg/dl) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> neue Verdachtsdiagnose in der VU <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Befundbesprechung <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Therapiefortsetzung/-änderung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich weitere Abklärung <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich sonstige Maßnahmen <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="text"/>
---	--

Lebensstil 1 Körpergröße in cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Körpergewicht in kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BMI <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Taille <input type="checkbox"/> Männer kleiner 102 cm / Frauen kleiner 88 cm <input type="checkbox"/> größerer Taillenumfang Körperliche Bewegung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> weniger als 2,5 h pro Woche <input type="checkbox"/> 2,5 h pro Woche oder mehr	Beratung Bewegung <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich Beratung Ernährung <input type="checkbox"/> durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht erforderlich sonstige Maßnahmen <input type="checkbox"/> empfohlen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="text"/>
---	--

Lebensstil 2**Rauchen**

- NichtraucherIn (Insgesamt nicht länger als 6 Monate regelmäßig geraucht)
 Gelegenheits-RaucherIn (gelegentlich, weniger als 20 Zig./Monat)
 RaucherIn (regelmäßig, mind. 20 Zig./Monat)
 Ex-RaucherIn (→ in der Vergangenheit über längeren Zeitraum geraucht – mind. 6 Monate)

Alkoholfragebogen

- ja Ergebnis
 nein

Vorbefundung ja nein keine Angabe möglich/nicht erwünscht

Kurzintervention Rauchen

durchgeführt nicht erforderlich abgelehnt

Entwöhnungsprogramm Rauchen

empfohlen nicht erforderlich

Kurzintervention Alkohol

durchgeführt nicht erforderlich abgelehnt

Entwöhnungsprogramm Alkohol

empfohlen nicht erforderlich

sonstige Maßnahmen

empfohlen nicht erforderlich

Kardiovaskuläres Risiko

Familiäre Belastung ja nein

Befund lt. Anamnesebogen Blutdruck (mmHg)

Bestehende Hypertonie ja nein keine Angabe möglich

Neue Verdachtsdiagnose Hypertonie in der VU ja nein

Bestehende kardiovaskuläre Erkrankung ja nein

Ergebnis des AHA Calculator (bis 40 Jahre) Ergebnis des New Zealand Risk Scale (ab 40 Jahre bis 75 Jahre) ,

Neue Verdachtsdiagnose für kardiovaskuläre Erkrankungen in der VU ja nein keine Angabe möglich

Befundbesprechung

durchgeführt nicht erforderlich

weitere Abklärung

empfohlen nicht erforderlich

Therapiefortsetzung/-änderung

empfohlen nicht erforderlich

sonstige Maßnahmen

empfohlen nicht erforderlich

Krebsfrüherkennung**Haut**

Melanom bei Verwandtem 1. Grades ja nein keine Angabe möglich

Vorbefundung ja nein keine Angabe möglich

Auffälligkeit lt. Angaben der ProbandIn ja nein keine Angabe möglich

Auffälligkeit bei klinischer Untersuchung ja nein Untersuchung abgelehnt

Selbstbeobachtung

empfohlen nicht erforderlich

Weitere Abklärung

empfohlen nicht erforderlich

sonstige Maßnahmen

empfohlen nicht erforderlich

Prostata Männer ab 50 Jahre

Beratung zur informierten Entscheidungsfindung auf Wunsch des Probanden durchgeführt nicht erforderlich

Kolonkarzinom bis 50 Jahre

Familiäre Belastung ja nein

Weitere Abklärung

empfohlen nicht erforderlich

Koloskopie ab 50 Jahre

Familiäre Belastung ja nein

Wann war die letzte Koloskopie innerhalb der letzten 10 Jahre länger als 10 Jahre keine

Okkultes Blut im Stuhl negativ positiv keine Angabe möglich

Beratung

durchgeführt nicht erforderlich

Überweisung VU-Koloskopie

empfohlen/ausgestellt nicht erfolgt

PAP-Abstrich Frauen

PAP-Abstrich-Befund (zeitgerecht) ja nein
 keine Angabe möglich nicht erforderlich

Beratung

durchgeführt nicht erforderlich

Überweisung VU-PAP-Abstrich

empfohlen/ausgestellt nicht erfolgt

Sonstiges

Bereits bekannte Erkrankungen

Verdacht auf behandlungswürdiges Gesundheitsproblem und neu entdeckte Erkrankungen

Abschlussgespräch

durchgeführt ProbandIn nicht erschienen / vorzeitig abgebrochen

Untersuchungsdatum TT- MM - JJJJ

 - -

Fachgebiet - Vertragspartnernummer

 -

Sozialversicherungsnummer – TT-MM-JJ

 - -

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

Stempel oder Etikett der Praxis

Unterschrift ProbandIn

Unterschrift Arzt/Ärztin