



<b>Daten des Probanden</b> 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	<b>Sozialversicherungsnummer - TT- MM - JJ</b> <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"/> <b>versichert bei:</b> <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"/> <input type="text"/> <b>Versicherungsstatus</b> <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
---	---	---

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

**Hörverminderung**  
*ab 65 Jahre* Vorbefundung  ja  nein  keine Angabe möglich  
 neue Verdachtsdiagnose in der VU  ja  nein

**Sehverminderung**  
*ab 65 Jahre* Vorbefundung  ja  nein  keine Angabe möglich  
 neue Verdachtsdiagnose in der VU  ja  nein

**Glaukom**  
*bis 65 Jahre* bei Vorliegen von Diabetes mellitus oder Myopie (>-5dpt) oder familiären Glaukom  
 Risikogruppe  ja  nein  
 Vorbefundung  ja  nein  keine Angabe möglich  
 neue Verdachtsdiagnose in der VU  ja  nein

**weitere Abklärung**  
 empfohlen  nicht erforderlich

**weitere Abklärung**  
 empfohlen  nicht erforderlich

**weitere Abklärung**  
 empfohlen  nicht erforderlich

**sonstige Maßnahmen Hören/Sehen**  
 empfohlen  nicht erforderlich

**Parodontitis-Risikoklasse**  
 kein Risiko (Risikoklasse 0)  
 erhöhtes Risiko (Risikoklasse 1 und 2)  
 VollprothesenträgerIn

**Beratung:**  
 durchgeführt  nicht erforderlich  
**Abklärung Zahnarzt/-ärztin:**  
 empfohlen  nicht erforderlich

**Blutuntersuchung**  
 Chol mg/dl  HDL-Chol mg/dl  Chol HDL-Chol ,   
 Triglyceride (nüchtern) mg/dl  Gamma-GT U/l   
**Rotes Blutbild (Frauen)**  
 Ery T/l ,  Hb g/dl ,  Hkt % ,   
**Harn**  

	neg	pos		neg	pos		neg	pos
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**  
 durchgeführt  nicht erforderlich  
**weitere Abklärung**  
 empfohlen  nicht erforderlich  
**sonstige Maßnahmen**  
 empfohlen  nicht erforderlich

**Diabetes**  
 bestehender Diabetes  ja, Typ 1  ja, Typ 2  nein  
 Blutzucker nüchtern (mg/dl)   
 neue Verdachtsdiagnose in der VU  ja  nein

**Befundbesprechung**  
 durchgeführt  nicht erforderlich  
**Therapiefortsetzung/-änderung**  
 empfohlen  nicht erforderlich  
**weitere Abklärung**  
 empfohlen  nicht erforderlich  
**sonstige Maßnahmen**  
 empfohlen  nicht erforderlich

**Lebensstil 1**  
 Körpergröße in cm  Körpergewicht in kg   
 BMI   
 Taille  Männer kleiner 102 cm / Frauen kleiner 88 cm  größerer Taillenumfang  
 Körperliche Bewegung  keine  weniger als 2,5 h pro Woche  2,5 h pro Woche oder mehr

**Beratung Bewegung**  
 durchgeführt  nicht erforderlich  
**Beratung Ernährung**  
 durchgeführt  nicht erforderlich  
**sonstige Maßnahmen**  
 empfohlen  nicht erforderlich

**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  durchgeführt  nicht erforderlich

Wunsch des Probanden

**Kolonkarzinom bis 50 Jahre**

Familiäre Belastung  ja  nein

**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

**Weitere Abklärung**

empfohlen  nicht erforderlich

**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!

**Unterschrift ProbandIn**

**Unterschrift Arzt/Ärztin**

**Stempel oder Etikett der Praxis**