

Liebe Patientin, lieber Patient!

Das Ziel einer Vorsorgeuntersuchung (VU) der österreichischen Sozialversicherung ist es, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und somit die Behandlungschancen und -möglichkeiten zu erhöhen. Die jährlich durchführbare Gesundenuntersuchung in Österreich umfasst im Detail:

- Anamnese, körperliche Untersuchung, Erhebung von Größe, Gewicht, Blutdruck
- Labor: Blutzucker, Blutfette, Gamma-GT, Harnstatus, bei Frauen auch ein rotes Blutbild
- Beratung und Empfehlungen im Anschluss an die Untersuchungen

Es handelt sich dabei um eine freiwillige Untersuchung, die allen österreichischen Versicherten ab dem 18. Lebensjahr alle 365 Tage kostenlos zur Verfügung steht.

Die Bestimmung zusätzlicher Parameter beispielsweise der Schilddrüsenwerte oder der Nierenfunktionsparameter sind in der Vorsorgeuntersuchung laut Sozialversicherung nicht vorgesehen.

Vorsorge beginnt in meinem Verständnis bei der Früherkennung von Erkrankungen sondern schon davor. Deswegen erhalten Sie bei mir zusätzlich noch eine VNS Analyse – die Analyse des vegetativen Nervensystems.

Sollten bereits Erkrankungen oder persönliche Risikofaktoren bei Ihnen vorliegen, werden individuell auch noch zusätzliche Blutwerte bestimmt, deswegen den Fragebogen bitte vollständig ausfüllen. Auf Ihren Wunsch können auch ausgewählte Analysen des Versorgungsstatus mit Mineralstoffen oder Vitaminen oder Titer-Bestimmungen angefordert werden. Für die Zeit für die Besprechung dieser zusätzlichen ausgewählten Befunde verrechne ich als persönliches Entgegenkommen kein zusätzliches Honorar.

Um einen Überblick über Ihre persönliche Situation zu bekommen bitte ich Sie daher folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie können dies direkt am Computer oder aber Sie drucken ihn aus. Ich bitte Sie aber gut leserlich zu schreiben! Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name Geb-Datum
 Vorname SV-Nummer
 Datum der letzten Vorsorgeuntersuchung: Dies ist meine erste Vorsorgeuntersuchung
 Bitte zählen Sie alle (!) derzeit von Ihnen eingenommenen Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine auf, inklusive Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie-, Schlaftabletten etc.)

Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, dann bitte auch diese anführen (z.B. Ramipril/HCT 5mg/12,5mg oder Euthyrox 75µg)

Präparat morgens mittags abends nachts bei Bedarf

Kreuzen Sie bitte die Laborwerte an, welche bei Ihnen einmal auffällig waren

Rote Blutkörperchen	Prostatawert (PSA)	Blut im Harn
Weißer Blutkörperchen	Harnsäure	Eiweiß im Harn
Cholesterin/Blutfette	Eisen (zu viel)	Vitamin D
Schilddrüsenwerte	Eisen (zu wenig)	Leberwerte
Elektrolyte/Blutsalze	Blutzucker	Nierenwerte

Wünschen Sie Zusatzuntersuchungen (Versorgung mit Mineralstoffen, Vitaminen, Titer)? - KOSTENPFLICHTIG

Mineralstoffanalyse (~90€)	Fettsäurestatus(~65€)	Vitamin D (~30€)*	Vitamin C (~20€)
Folsäure (~28€)	Vitamin B12 (~28€)	FSME-Titer (~20€)	Hepatitis B-Titer (~25€)

* Kostenübernahme durch die Kassen bei V.a. Vitamin D Mangel oder Osteoporose

Ich brauche eine Brille oder Kontaktlinsen um **in der Ferne** sehen zu können Ja Nein
 Wenn ja, wie viele Dioptrien haben Sie? Links: Rechts:
 Ich habe Probleme beim Sehen trotz Brille oder Kontaktlinsen Ja Nein
 Ich habe Schwierigkeiten mit dem Hören Ja Nein
 Blutet ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder beim Essen harter Nahrung, Ja Nein
 oder fühlt sich Ihr Zahnfleisch geschwollen oder empfindlich an?
 Hat sich Ihr Zahnfleisch zurückgezogen? Sind Ihre Zähne länger geworden Ja Nein
 oder die Zwischenräume zwischen Ihren Zähnen größer geworden?
 Tragen Sie eine Zahnprothese? Nein Ja, Teilprothese Ja, Vollprothese
 Haben Sie Probleme mit Mundgeruch? Ja Nein
 Rauchen Sie? Nie geraucht Früher geraucht Ich rauche Zigaretten pro Tag
 Wie viel körperliche Bewegung machen Sie in der Woche? keine unter 2,5 Stunden über 2,5 Stunden
 Wie oft trinken Sie Alkohol oder alkoholische Getränke (Bier, Wein, Most, Schnaps, Mischgetränke, etc.)?
 Nie 1x im Monat oder seltener 2-4x im Monat 2-3x pro Woche 4x pro Woche oder öfter
 Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen und (seit) wann?

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	Parodontose	Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	Harninkontinenz	Nierenstein/Nierenkolik
	Rheuma	Depression	Chron. Darmerkrankung
	Thrombose	Seelisches Leiden	Lebererkrankung
	Asthma	Schwangerschaftsdiabetes	Herzrhythmusstörungen
	COPD	Schilddrüsenerkrankung	Lungenembolie
	Reizdarm	Arthritis/Gelenkentzündung	Koronare Herzkrankheit
	Hörsturz	Allergien, welche:	Diabetes mellitus
	Tinnitus		Lungenemphysem
	Gehirnblutung		Hauterkrankung
	Schlaganfall		Osteoporose
	Gastritis		Krebs, welcher:
	Migräne		

Wie oft und warum gehen Sie folgenden Fachärzten bzw. Untersuchungen:

Augenarzt	Nie	sporadisch	jährlich	öfter	wegen:	
Hals-, Nasen-, Ohrenarzt	Nie	sporadisch	jährlich	öfter	wegen:	
Frauenarzt / Gynäkologe	Nie	sporadisch	jährlich	öfter	wegen:	
Urologe	Nie	sporadisch	jährlich	öfter	wegen:	
Internist	Nie	sporadisch	jährlich	öfter	wegen:	
Lungenfacharzt	Nie	sporadisch	jährlich	öfter	wegen:	
Zahnarzt	Nie	sporadisch	jährlich	öfter	wegen:	
Mammographie	Nie	sporadisch	alle 2 Jahre	jährlich	öfter	letzte
Darmspiegelung	Nie	alle 6-10 Jahre	alle 2-5 Jahre	jährlich	letzte	
Knochendichtemessung	Nie	alle 6-10 Jahre	alle 2-5 Jahre	jährlich	letzte	

Haben Sie einen Blutsverwandten mit folgenden Erkrankungen, und wenn ja, wer? (Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn, Großmutter, Großvater, Tante, Onkel)

Hohes Cholesterin	Nein/Nicht bekannt	Ja,nämlich:
Diabetes (Zucker, Alterszucker)	Nein/Nicht bekannt	Ja,nämlich:
Herzkrankung	Nein/Nicht bekannt	Ja,nämlich:
Grüner Star (Glaukom)	Nein/Nicht bekannt	Ja,nämlich:
Parodontose (Zahnfleischschwund)	Nein/Nicht bekannt	Ja,nämlich:
Weißer Hautkrebs	Nein/Nicht bekannt	Ja,nämlich:
Schwarzer Hautkrebs (Melanom)	Nein/Nicht bekannt	Ja,nämlich:
Brustkrebs	Nein/Nicht bekannt	Ja,nämlich:
Darmkrebs	Nein/Nicht bekannt	Ja,nämlich:

Ausfülldatum: