





# Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung Anamnesebogen

	ja	nein
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder beim Essen harter Nahrung, oder fühlt sich Ihr Zahnfleisch geschwollen oder empfindlich an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat sich Ihr Zahnfleisch zurückgezogen? Glauben Sie, dass Ihre Zähne scheinbar länger geworden sind, oder sind die Zwischenräume zwischen Ihren Zähnen größer geworden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls Sie eine Teilprothese tragen, hat sich die Passform verändert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>Während der letzten 2 Monate hatte ich folgende akute Erkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Erkältung</li> <li><input type="radio"/> Grippe</li> <li><input type="radio"/> akute Bronchitis</li> <li><input type="radio"/> Lungenentzündung</li> <li><input type="radio"/> Infektion der Nieren oder des Harntraktes</li> <li><input type="radio"/> Durchfall</li> <li><input type="radio"/> Erbrechen</li> <li><input type="radio"/> Magengeschwür</li> <li><input type="radio"/> oder andere</li> </ul> <p>[zählen Sie bitte auf]:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ich habe/hatte folgende chronische Krankheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Schlaganfall/Gehirnblutung</li> <li><input type="radio"/> Krebs</li> <li><input type="radio"/> Depression</li> <li><input type="radio"/> Migräne oder regelmäßige Kopfschmerzen</li> <li><input type="radio"/> chronische Atemwegserkrankung: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Asthma</li> <li><input type="radio"/> Atemnot</li> <li><input type="radio"/> Emphysem</li> <li><input type="radio"/> chronischer Husten</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> chronisches Ekzem</li> <li><input type="radio"/> Schwindelanfälle mit Stürzen</li> <li><input type="radio"/> Darmerkrankungen</li> <li><input type="radio"/> Inkontinenz (Blasenschwäche)</li> <li><input type="radio"/> chronische Rückenschmerzen</li> <li><input type="radio"/> Abnutzung der Gelenke</li> <li><input type="radio"/> chronische Entzündung der Gelenke (Arthritis)</li> <li><input type="radio"/> andere chronische Krankheiten</li> </ul> <p>[zählen Sie bitte auf]:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

Operationen:  
[zählen Sie bitte auf]: \_\_\_\_\_

	ja	nein	ich weiß es nicht
Ich habe eine Blutsverwandte, die Brustkrebs hat/hatte:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe/hatte eine/n Verwandte/n ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind), der/die Hautkrebs (Melanom) hat/hatte:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe/hatte eine/n Verwandte/n ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind), der/die irgendeine Form von Krebs (Lunge, Dickdarm, Blut, Prostata oder Gebärmutter) hat/hatte:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welcher Verwandte ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind):	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Wenn ja, welche Krebsart:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		

**in der Ordination zu messen:**

Körpergröße:    cm      Körpergewicht:    kg      BMI:   .

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

-   -   -