

Dr. Peter Schwendenwein-Bauer Arzt für Allgemeinmedizin  
7021 Baumgarten & Draßburg, Tel.: 0664 2300627  
[www.schwendenwein.info](http://www.schwendenwein.info)

---

Sehr geehrte Patientin!

Sehr geehrter Patient !



Es gibt viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit.....

Mehr denn je ist unsere Gesundheit zu einem der wichtigsten Themen in unserer schnelllebigen Gesellschaft geworden. Gesund sein, wird heutzutage als ein selbstverständliches Allgemeingut verstanden, und gewinnt erst dann den höchsten Stellenwert, wenn man einmal krank ist.

Schon wieder ist ein Jahr vergangen und ich darf Sie daher im Rahmen des kostenlosen staatlichen Vorsorgeuntersuchungsprogramms zu einer medizinischen Durchuntersuchung bei mir einladen.

mit freundlichen Grüßen



Ordinationszeiten Dr. Peter Schwendenwein 0664 2300627

	Montag	Dienstag	Donnerstag	Freitag
Drassburg	13-17		07-11	07-11
Baumgarten	07-11	07-11		13-17

Bitte mindestens 6 Stunden vor der Laborabnahme nichts mehr essen. Nur Wasser oder Kaffee/Tee ohne Milch und Zucker kann getrunken werden! Ihre vorgeschriebenen Medikamente nehmen Sie bitte wie gewohnt ein!

**Terminpflichtig**



**Nachfolgend finden Sie einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während der letzten 12 Monate. Beantworten Sie bitte alle Fragen!**

<p>Wie oft trinken Sie Alkohol?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Ein Glas Alkohol entspricht 1 Seidl oder 1 kleinen Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder 1 einfachen Schnaps)</p> <p><input type="radio"/> trinke nie Alkohol      <input type="radio"/> 5–6</p> <p><input type="radio"/> 1–2                              <input type="radio"/> 7–9</p> <p><input type="radio"/> 3–4                              <input type="radio"/> 10 oder mehr</p>
<p>Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z.B. beim Abendessen, auf einer Party)? (Ein Glas entspricht 1 Seidl oder 1 kleinen Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder 1 einfachen Schnaps)</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens zuerst einmal ein Glas Alkohol gebraucht, um in Schwung zukommen?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>	<p>Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nie</p> <p><input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat</p> <p><input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche</p> <p><input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter</p>
<p>Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zuviel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zuviel getrunken hatten?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja, aber nicht während der letzten 12 Monate</p> <p><input type="radio"/> ja, während der letzten 12 Monate</p>	<p>Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja, aber nicht während der letzten 12 Monate</p> <p><input type="radio"/> ja, während der letzten 12 Monate</p>

Vom Arzt übernommen

Unterschrift Arzt

Ausfülldatum

-   -

# VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

## Anamnesebogen

Dieses Formular verbleibt beim Arzt!



Vorname	Sozialversicherungsnummer – TT - MM - JJ
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Familienname/Nachname	Ausfülldatum: Tag - Monat - Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich

	ja	nein	ich weiß es nicht
Ich habe Probleme beim Sehen (trotz Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich brauche starke Brillen oder Kontaktlinsen, um in der Ferne sehen zu können:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen Blutsverwandten ersten Grades (Elternteil, Bruder, Schwester oder Kind) mit grünem Star:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ab 65 Jahre:</b> Mein Sehvermögen wird regelmäßig überprüft:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mir wurde gesagt, dass ich Diabetes (Zucker) habe (kein Schwangerschaftsdiabetes):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin deswegen in Behandlung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe einen Blutsverwandten mit Diabetes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Frauen:</b> Während der Schwangerschaft hat man mir gesagt, dass ich Diabetes habe:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen Elternteil, einen Bruder oder eine Schwester (unter 60 Jahre) der/die ein Herzleiden haben oder der/die daran starben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe bzw. hatte einen Blutsverwandten mit hohen Cholesterinwerten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe bereits einen Herzinfarkt erlitten bzw. wurde mir gesagt, dass ich an einer Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße leide:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich rauche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zigaretten pro Tag: <input type="text"/>			
Ich habe Bluthochdruck (d.h. einen Blutdruck über 140/90) und/oder nehme derzeit Medikamente gegen Bluthochdruck ein:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ab 65 Jahre:</b> Ich habe Probleme beim Hören:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In den letzten 2 Wochen nahm ich:			
Schmerzmittel (Aspirin oder Ähnliches)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beruhigungsmittel (Valium oder Ähnliches)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlafmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie oft trinken Sie Alkohol?			
<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> zwei- bis viermal im Monat	<input type="radio"/> viermal pro Woche oder öfter	
<input type="radio"/> einmal im Monat oder seltener	<input type="radio"/> zwei- bis dreimal pro Woche		

# VORSORGEUNTERSUCHUNG DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG

## Anamnesebogen

Dieses Formular verbleibt beim Arzt!



	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"/>

Während der letzten 2 Monate hatte ich folgende akute Erkrankungen:	Ich habe/hatte folgende chronische Krankheiten:
<input type="radio"/> Erkältung <input type="radio"/> Grippe <input type="radio"/> akute Bronchitis <input type="radio"/> Lungenentzündung <input type="radio"/> Infektion der Nieren oder des Harntraktes <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Erbrechen <input type="radio"/> Magengeschwür <input type="radio"/> oder andere [zählen Sie bitte auf]: _____ _____ _____	<input type="radio"/> Schlaganfall/Gehirnblutung <input type="radio"/> Krebs <input type="radio"/> Depression <input type="radio"/> Migräne oder regelmäßige Kopfschmerzen <input type="radio"/> chronische Atemwegserkrankung <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Atemnot <input type="radio"/> Emphysem <input type="radio"/> chronischer Husten <input type="radio"/> chronisches Ekzem <input type="radio"/> Schwindelanfälle mit Stürzen <input type="radio"/> Darmerkrankungen <input type="radio"/> Inkontinenz (Blasenschwäche) <input type="radio"/> chronische Rückenschmerzen <input type="radio"/> Abnutzung der Gelenke <input type="radio"/> chronische Entzündung der Gelenke (Arthritis) <input type="radio"/> andere chronische Krankheiten [zählen Sie bitte auf]: _____ _____

**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):	Wenn ja, welche Krebsart:		
_____	_____		
_____	_____		

**In Ordination zu messen:**

Körpergröße:    cm      Körpergewicht:    kg      BMI:   ,

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

-   -   -