

Tabelle - Gesamtüberblick über das neue österreichische Vorsorge-Früherkennungsprogramm 16. Dezember 2004

Die folgende Tabelle gibt einen Gesamtüberblick über das wissenschaftlich basierte neue Programm zur Vorsorgeuntersuchung, wie es vom gemeinsamen medizinischen Arbeitskreis (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungssträger sowie Österreichische Ärztekammer) erarbeitet wurde, ergänzt um die Ergebnisse der Verhandlungen zwischen HV und ÖÄK.

Die Parameter Triglyzeride, Rotes Blutbild für Frauen und Harnstreifenfest fallen nach der Übergangsfrist (bis Ende 2006) grundsätzlich weg, außer neue grundlegende wissenschaftlich gesicherte Studienergebnisse beweisen die Sinnhaftigkeit dieser Parameter in einer Vorsorgeuntersuchung. Der Parameter Gamma GT bleibt grundsätzlich weiter im Programm. Es wird jedoch eine Parallelevaluierung mit dem Audit GMAT Bogen durchgeführt. Falls diese Evaluierung ergibt, dass das Gamma GT keine Aussagekraft hat, scheidet dieser Parameter aus dem Programm aus.

Konsensusbeschluss von Österreichischer Ärztekammer und Sozialversicherung						
Nach internationalem Wissensstand						
Nr.	Neue Intervention/ Aktivität/ Beratung	Vorsorgeziel: Krankheit/ Gesundheitsproblem	Risiko- Gruppen- Identifizierung	Geschlecht	Altersbegrenzungen in Jahren	
					Alter min.	Alter max.
			Angabe von spezifizierenden Risikofaktoren			
01	Erhebung von Krankheits- Symptomen / (Vor)- erkrankungen/ Operationen	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
02	Erhebung von regelmäßiger Einnahme von Sedativa/ Analgika	Missbrauch und Abhängigkeit von Sedativum und Analgikum	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
03	Erhebung von regelmäßiger Einnahme sonstiger Medikamente	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
04	Erhebung von Familien- Anamnese Malignes Melanom	Hautkrebs, Malignes Melanom	Malignes Melanom bei Verwandten ersten Grades	B	18	nach oben offen
05	Erfassung von pathologischen	Hautkrebs, prim. bösartige, nicht melanomartige Hautneubildung und Malignes Melanom	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen

Konsensusbeschluss von Österreichischer Ärztekammer und Sozialversicherung

Nach internationalem Wissensstand

Nr.	Neue Intervention/ Aktivität/ Beratung	Vorsorgeziel: Krankheit/ Gesundheitsproblem	Risiko- Gruppen- Identifizierung	Altersbegrenzungen in Jahren	
				Geschlecht	Alter min. Alter max.
Angabe von spezifizierenden Risikofaktoren					
	Hautauffälligkeiten				
06	Erhebung von Familien- Anamnese Diabetes mellitus	Diabetes Mellitus	Nicht anwendbar	B	18 nach oben offen
07	Erhebung von Familien- Anamnese Kardiovaskuläre Krankheit (Herz-Gefäß- Krankheit)	Kardiovaskuläre Krankheiten	Nicht anwendbar	B	18 nach oben offen
08	Erhebung von Familien- Anamnese Krebs	Mammakarzinom und andere	Nicht anwendbar	B	18 nach oben offen
09	Identifizierung des erhöhten Risikos für Glaukom bzw. Frage ob regelmäßige augenärztliche Kontrolle in den Hoch-Risiko-Gruppen besteht.	Glaukom	Familiäres Glaukom Hochgradige Myopie Diabetes mellitus Schwarze Bev. ≥ 40a Weiße Bev. ≥ 65a	B	18 nach oben offen
10	Identifizierung des Problems mit Alkoholkonsum/ der Alkohol-Abhängigkeit	Problem mit Alkoholkonsum/Alkoholabhängigkeit	Nicht anwendbar	B	18 nach oben offen
11	Erhebung der Rauchgewohnheit	Tabak (Nikotin) - Konsum	Nicht anwendbar	B	18 nach oben offen

Konsensusbeschluss von Österreichischer Ärztekammer und Sozialversicherung

Nach internationalem Wissensstand		Altersbegrenzungen in Jahren				
Nr.	Neue Intervention/ Aktivität/ Beratung	Vorsorgeziel: Krankheit/ Gesundheitsproblem	Risiko- Gruppen- Identifizierung Angabe von spezifizierenden Risikofaktoren	Geschlecht	Alter min.	Alter max.
12	Parodontitis- Anamnese/ Inspektion der Mundhöhle /Risikoklassifizierung	Parodontiumkrankheit/ Zahnfleischkrankheit	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
13	Klinische Untersuchung	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
14	Dokumentation von sonstigen auffälligen Befunden	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
15	Ärztliche Beratung/Aufklärung und Veranlassung des PAP - Abstrichs	Zervix-Karzinom	Nicht anwendbar	W	18	nach oben offen
16	Bestimmung des Blutdrucks	Arterielle Hypertonie	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
17	Bestimmung von BMI	Adipositas	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
18	Beratung zur körperlichen Bewegung	KHK, arterielle Hypertonie, Adipositas, Diabetes Mellitus	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
19	Dokumentation von verdachtsmomenten	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
20	Einschätzung des Kardiovaskulären Risikos	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
21	Erhebung von Gesamt- Cholesterin und HDL- Cholesterin	Kardiovaskuläre Krankheiten Störungen des Lipoproteinstoffwechsels & sonstige	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen

Konsensusbeschluss von Österreichischer Ärztekammer und Sozialversicherung

Nach internationalem Wissensstand						Altersbegrenzungen in Jahren	
Nr.	Neue Intervention/ Aktivität/ Beratung	Vorsorgeziel: Krankheit/ Gesundheitsproblem	Risiko-Gruppen-Identifizierung	Geschlecht	Alter min.	Alter max.	
		Lipidämien	Angabe von spezifizierenden Risikofaktoren				
22	Selektierte Diätische Beratung für Personen mit erhöhtem absoluten kardiovaskulären Risiko	Kardiovaskuläre Krankheiten	Übergewicht/ Adipositas, Hyperlipidämie oder andere Risikofaktoren für kardiovaskuläre Krankheit (Rauchen, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus)	B	18	nach oben offen	
23	Erhebung von Blutzucker	Diabetes mellitus	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen	
24	Ärztliche Beratung/Aufklärung und Veranlassung von Mammographie	Mammakarzinom	Nicht anwendbar	W	40	nach oben offen	
25	Veranlassung /Durchführung von Hämoccult	Kolorektales Karzinom	Nicht anwendbar	B	50	nach oben offen	
26	Ärztliche Beratung/Aufklärung und Veranlassung von Koloskopie	Kolorektales Karzinom	Nicht anwendbar	B	50	nach oben offen	
27	Ärztliche Beratung/strukturierte Aufklärung über den PSA-Test auf Nachfrage des Probanden nach PSA-Bestimmung	Prostatakarzinom	Auf individuelle Nachfrage nach PSA-Test	M	50	nach oben offen	
28	Frage nach Hörverlust und Durchführen des Flüstertest	Hörverlust	Nicht anwendbar	B	65	nach oben offen	

Konsensusbeschluss von Österreichischer Ärztekammer und Sozialversicherung

Nach internationalem Wissensstand		Altersbegrenzungen in Jahren				
Nr.	Neue Intervention/ Aktivität/ Beratung	Vorsorgeziel: Krankheit/ Gesundheitsproblem	Risiko- Gruppen- Identifizierung Angabe von spezifizierenden Risikofaktoren	Geschlecht	Alter min.	Alter max.
29	Frage ob Überprüfung des Sehvermögens regelmäßig durchgeführt wird.	Altersbedingte Sehschwäche	Nicht anwendbar	B	65	nach oben offen
30	Gamma GT	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
31	Rotes Blutbild für Frauen	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	W	18	nach oben offen
32	Triglyzeride	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
33	Harmstreifen	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen
34	Abschlussgespräch	Kein Äquivalent	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen



Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung Anamnesebogen

VERBLEIBT BEIM ARZT!

Vorname	Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
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"/>	<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"/>
ab 65 Jahre: Mein Sehvermögen wird regelmäßig überprüft:	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
Ich habe einen Blutsverwandten mit Diabetes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frauen: 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: Zigaretten pro Tag: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
ab 65 Jahre: Ich habe Probleme beim Hören:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In den letzten 2 Wochen nahm ich:			
Schmerzmittel (Aspirin oder Ähnliches)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beruhigungsmittel (Valium oder Ähnliches)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafmittel	<input type="radio"/>	<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

	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: <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]: _____ _____ _____	Ich habe/hatte folgende chronische Krankheiten: <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: <table style="width: 100%; border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></table>		

in der Ordination zu messen:

Körpergröße: cm
 Körpergewicht: kg
 BMI:

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ
 - - -

Auf Bei Wie O r O e O z O z O v Wie Ge (Ei Wc O r O e O z O v Wie Ver zuv O l O e O z O v Wie gel gel O l O l O l O l Ha ge eir. ha O O O

Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung
Alkoholfragebogen

VERBLEIBT BEIM ARZT!

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während der letzten 12 Monate.
Beantworten Sie bitte alle Fragen!

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

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 kleine Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder einfacher Schnaps)

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil sie zuviel getrunken hatten?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil sie zuviel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nein
- ja, aber nicht während der letzten 12 Monate
- ja, während der letzten 12 Monate

Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?

(Ein Glas Alkohol entspricht 1 Seidl oder 1 kleine Dose Bier, 1/8 Wein/Sekt, oder 1 einfacher Schnaps)

- trinke nie Alkohol
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 oder mehr

Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens zuerst einmal ein Glas Alkohol gebraucht, um in Schwung zu kommen?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil sie zuviel getrunken hatten?

- nie
- einmal im Monat oder seltener
- zwei- bis viermal im Monat
- zwei- bis dreimal pro Woche
- viermal pro Woche oder öfter

Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?

- nein
- ja, aber nicht während der letzten 12 Monate
- ja, während der letzten 12 Monate

vom Arzt übernommen

Ausfülldatum

- -

Unterschrift Arzt



Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung Allgemeines Programm für Frauen und Männer

Seite 1/2

Daten des Probanden		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Name und Anschrift: 		Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ: [] [] [] [] - [] [] - [] [] [] []	
Postleitzahl: [] [] [] [] [] []		versichert bei: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
		Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> erwerbstätig, AMS <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebener	
		<input type="checkbox"/> Fremdstaaten <input type="checkbox"/> EU-Abkommen <input type="checkbox"/> nicht versichert	

Klinische Untersuchung		Empfohlene Maßnahmen	
Kopf/Hals			
ab 65 Jahre Hörverminderung (Ergebnis Füllstartest) Sehchwierigkeiten (Anamnesebogen)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herz/Lunge/Gefäße		<input type="checkbox"/> Überweisung zum HNO-FA <input type="checkbox"/> Überweisung zum Augen-FA	
Abdomen			
WS/Gelenke			
Haut			
Hautkrebs von Proband/in angegebene Auffälligkeiten bösart. Melanom bei Verwandtem 1. Grades		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bestätigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar	
		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Selbstbeobachtung <input type="checkbox"/> Überweisung zum Haut-FA	
sonstige auffällige Befunde			

Parodontose-Risikoklasse			
gesundes Zahnfleisch		<input type="checkbox"/> ja = 0 <input type="checkbox"/> nein	
Zahnstein / Plaque / Mundgeruch / Rauchen / Hormonveränderung (Pubertät, Wechseljahre) / Diabetes mellitus / motorisches Hygieneerschweris		<input type="checkbox"/> ja = 1 <input type="checkbox"/> nein	
Blutung / Schwellung / Lockerung		<input type="checkbox"/> ja = 2 <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> 0: sorgfältige Reinigung alle 24 h <input type="checkbox"/> 1: Empfehlung zu fachger. Pflege <input type="checkbox"/> 2: Überweisung zum Zahnarzt	

Blutuntersuchung			
Chol mg/dl	[] [] []	HDL-Chol mg/dl	[] [] []
		T-Chol/ HDL-Chol	[] []
Rotes Blutbild (Frauen)		Harnuntersuchung	
Ery T#	[] [] []	Blutzucker mg/dl	[] [] []
Hb g/dl	[] [] []	Triglyceride (nüchtern) mg/dl	[] [] []
Hkt %	[] [] []	Gamma-GT U/l	[] [] []
		Leukozyten <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos Glucose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nitrit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eiweiß <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ubg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> Befundbesprechung <input type="checkbox"/> weitergehende Laboruntersuchung veranlasst <input type="checkbox"/> Wiederholung der Laboruntersuchung	

Blutdruck		<input type="checkbox"/> blutdruckeekendes Medikament eingenommen	
höhere Messung in mmHg: (nach 2 unabhängigen Messungen im Sitzen nach 5 Minuten Ruhe)			
[] [] [] / [] [] []		<input type="checkbox"/> normal < 129 / < 84 <input type="checkbox"/> hochnormal 130-139 / 85-89 <input type="checkbox"/> Grad 1 140-159 / 90-99 <input type="checkbox"/> Grad 2 160-179 / 100-109 <input type="checkbox"/> Grad 3 ≥ 180 / ≥ 110	
		<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> Hypertonieschulung (Angebot) <input type="checkbox"/> Weiterführung der Therapie	

BMI (kg/m²)			
[] [] []		<input type="checkbox"/> < 18,5 <input type="checkbox"/> 18,5-24,9 <input type="checkbox"/> 25,0-29,9 Präadipositas <input type="checkbox"/> 30,0-34,9 Grad I Adipositas <input type="checkbox"/> 35,0-39,9 Grad II Adipositas <input type="checkbox"/> ≥ 40,0 Grad III Adipositas	
<input type="checkbox"/> Taille Männer < 102 cm Taille Frauen < 88 cm <input type="checkbox"/> größerer Taillenumfang		<input type="checkbox"/> Bewegungsberatung <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	



Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung Allgemeines Programm für Frauen und Männer

Körperliche Bewegung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig		<input type="checkbox"/> Bewegungsberatung <input type="checkbox"/> Bewegungsprogramm <input type="checkbox"/> von Proband/in abgelehnt
Alkohol Alkoholfragebogen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aufhörwille vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein andere Vorbefunde (Alkohol) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Gespräch <input type="checkbox"/> Entwöhnungsprogramm
Räucherverhalten sicher Nichtraucher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufhörwille vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Kurzintervention <input type="checkbox"/> Entwöhnungsprogramm
Blutzuckeruntersuchung <input type="checkbox"/> bestehender Diabetes Ergebnis	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> nüchtern >126 [mg/dl] <input type="checkbox"/> nicht nüchtern >200 [mg/dl]	<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> Schulung <input type="checkbox"/> Weiterführung der Therapie
Kardiovaskuläres Risiko bis 40 Jahre <i>ab 40 Jahre</i> anamnestisch <input type="checkbox"/> Ergebnis des AHA Risk Calculator	<input type="checkbox"/> gering Ergebnis des New Zealand Risk Scale <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> Übertrag in Gesundheitspass <input type="checkbox"/> Gespräch <input type="checkbox"/> Lifestyleintervention <input type="checkbox"/> Therapieeinleitung
Frauen PAP-Abstrich-Befund (zeitgerecht) <input type="checkbox"/> Abstrich gemacht Befund vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ärztliche Beratung und Aufklärung vor PAP-Abstrich	Frauen ab 40 Jahre Mammographiebefund (zeitgerecht) <input type="checkbox"/> ja BIRADS-Befund vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ärztliche Beratung und Aufklärung vor Vorsorge-Mammographie	<input type="checkbox"/> Überweisung Frauen-FA <input type="checkbox"/> von Proband/in abgelehnt <input type="checkbox"/> Überweisung Röntgen-FA <input type="checkbox"/> von Proband/in abgelehnt
ab 50 Jahre Okkultes Blut im Stuhl Vorbefunde (12–24 Monate) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden aktueller Befund <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig Koloskopie Wann war die letzte Koloskopie <input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 10 Jahre <input type="checkbox"/> länger als 10 Jahre <input type="checkbox"/> bisher keine	<input type="checkbox"/> ärztliche Beratung/Aufklärung über Koloskopie durchgeführt	<input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> von Proband/in abgelehnt
Männer ab 50 Jahre Prostata <input type="checkbox"/> Ärztliche Beratung/Aufklärung über den PSA-Test auf Wunsch des Probanden		<input type="checkbox"/> Überweisung zum Urologie-FA auf Wunsch des Probanden
bis 65 Jahre Bei Vorliegen von Diabetes mellitus oder Myopie (> -5dpt) oder familiärem Glaukom Risiko für Glaukom (Grüner Star) vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Untersuchung für Glaukom beim FA innerhalb der letzten 24 Monate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Überweisung zum Augen-FA
ab 65 Jahre Augen Sehvermögen innerhalb der letzten 24 Monate mind. 1x kontrolliert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Unters. für Glaukom beim FA innerhalb der letzten 24 Monate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Überweisung zum Augen-FA
Bereits bekannte Erkrankungen <input type="text"/>		
Verdacht auf behandlungswürdiges Gesundheitsproblem und neu entdeckte Erkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Diagnosesicherung <input type="checkbox"/> weitere Abklärung

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

- - -

Untersuchungsdatum

- -

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

Stempel oder Etikett der Praxis

Unterschrift Proband/in

Abschlussgespräch durchgeführt
 Proband/in ist nicht zum Abschlussgespräch erschienen

Unterschrift Arzt



Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung
Früherkennungsprogramm für Frauen - PAP-Abstrich

Name und Anschrift der Probandin		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"/>	
Postleitzahl		Versicherungsstatus	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> erwerbstätig, AMS <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebener	
		<input type="checkbox"/> Fremdstaater <input type="checkbox"/> EU-Abkommen <input type="checkbox"/> nicht versichert	

Aufklärung vor Untersuchung durchgeführt ja nein

Beurteilung der Abstrichqualität

Qualität: gut beurteilbar (repräsentativ mit Zellen der Transformationszone (TZ))

<input type="checkbox"/> Qualität: eingeschränkte Aussagekraft <input type="checkbox"/> keine Zellen der TZ <input type="checkbox"/> andere Ursachen	Abstrichwiederholung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Qualität: nicht beurteilbar (Pap 0) <input type="checkbox"/> keine Zellen der TZ <input type="checkbox"/> andere Ursachen	

Zervikalzytologischer Befund und Folgemaßnahme

PAP-Klasse	Maßnahme
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIID <input type="checkbox"/> IIIG <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Routine-Screening <input type="checkbox"/> Abstrichwiederholung innerhalb von 6 Monaten <input type="checkbox"/> sofortiger Handlungsbedarf (Histologie)
	Informationsrelevanter Befund <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Probandin über Ergebnis informiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige Auffälligkeiten

Untersuchungsdatum TT - MM - JJJJ

- -

Stempel oder Etikett der Praxis

Gebührenfrei
gem. § 110 ASVG

Vertragspartei

Vertragspartei

MUSTER VU-EINZELVERTRAG

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen **Herrn/Frau**

Name
Geburtsdatum
Adresse

(im Folgenden Vertragsarzt genannt) und der

Name
Anschrift
des Versicherungsträgers

auf Grund der Bestimmungen des **Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages** vom
16. Dezember 2004 für die

- in § 3 dieses Gesamtvertrages bezeichneten
ASVG-Versicherungsträger
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern

abgeschlossen.¹

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den jeweils gültigen Zusatzvereinbarungen wird vom Vertragsarzt zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als

- Arzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin
- Facharzt für Lungenkrankheiten

ausgeübt.¹

§ 3

Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem Gesamtvertrag, aus den in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Einzelvertrag.

§ 4

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass von seinem Honorar die von der Ärztekammer dem zuständigen Versicherungsträger bekanntgegebenen Beiträge einbehalten werden.

(2) Der Vertragsarzt erklärt, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 26 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff. der Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die Paritätliche Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 5

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem
und wird auf unbestimmte Zeit – für die Zeit bis abgeschlossen.
.....den.....

Für die

Der Obmann:

Beibehaltende
Arbeitsstelle:

Unterschrift des
Vertragsarztes:

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen