

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 Harnstreifentest 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-	Altersbegrenzungen in Jahren		
			Gruppen- Identifizierung	Geschlecht	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/ Analgetika	Missbrauch und Abhängigkeit von Sedativum und Analgetikum	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		Altersbegrenzungen in Jahren			
Nr.	Vorsorgeziel: Krankheit/ Gesundheitsproblem	Risiko- Gruppen- Identifizierung	Geschlecht	Alter min.	Alter max.
	Häufigkeiten	Angabe von spezifizierenden Risikofaktoren			
06	Erhebung von Familien- Anamnese Diabetes mellitus	Diabetes Mellitus	B	18	nach oben offen
07	Erhebung von Familien- Anamnese kardiovaskuläre Krankheit (Herz-/Gefäß- Krankheit)	Kardiovaskuläre Krankheiten	B	18	nach oben offen
08	Erhebung von Familien- Anamnese Krebs	Mammakarzinom und andere	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	B	18	nach oben offen
11	Erhebung der Rauchgewohnheit	Tabak (Nikotin) - Konsum	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	Periodontitis- 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 Lipoproteinstoffwechsel & sonstige	Nicht anwendbar	B	18	nach oben offen

Konsensusbeschluss von Österreichischer Ärztekammer und Sozialversicherung

Nach internationalem Wissensstand		Altersebegrenzungen in Jahren				
Nr.	Neue Intervention/ Aktivität/ Beratung	Vorsorgeziel: Krankheit/ Gesundheitsproblem	Risiko-Gruppen-Identifizierung Angabe von spezifizierenden Risikofaktoren	Geschlecht	Alter min.	Alter max.
		Lipidämien				
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	Harnstreifen	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"/>	
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"/>
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:	<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"/>
ab 65 Jahre: 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

	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 der Ordination zu messen:

Körpergröße: cm Körpergewicht: kg BMI:

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

- - -

Auf
Be

Wie

O r
O e
O z
O z
O v

Wi
Ge
(Ei
Wi

O r
O e
O z
O z
O v

Wi
Ver
zuv

O r
O e
O z
O z
O v

Wi
ge
ge

O r
O e
O z
O z
O v

Ha
ge
eir
ha

O r
O e
O z

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

Unterschrift Arzt

Ausfülldatum

- -

reiß
cht



Vorsorgeuntersuchung der Österreichischen Sozialversicherung Allgemeines Programm für Frauen und Männer

Daten des Probanden Geschlecht männlich weiblich

Name und Anschrift:

Postleitzahl:

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ: - - -

versichert bis:

Versicherungsstatus
 erwerbstätig, AMS
 Pensionist
 Kriegshinterbliebener
 Fremddaten
 EU-Abkommen
 nicht versichert

Klinische Untersuchung **Empfohlene Maßnahmen**

Kopf/Hals

ab 65 Jahre Hörverminderung (Ergebnis Fildstärktest) ja nein
 Sehenschwierigkeiten (Anamnesebogen) ja nein

Überweisung zum HNO-FA
 Überweisung zum Augen-FA

Herz/Lunge/Gefäße

Abdomen

WS/Gelenke

Haut

Hautkrebs von Proband/in angegebene Auffälligkeiten bösart. Melanom bei Verwandtem 1. Grades ja nein bestätigt unklar
 ja nein ja nein ja nein

keine
 Selbstbeobachtung
 Überweisung zum Haut-FA

sonstige auffällige Befunde

Parodontose-Risikoklasse

gesundes Zahnfleisch ja = 0 nein

Zahnstein / Plaque / Mundgeruch / Rauchen / Hormonveränderung (Pubertät, Wechseljahre) / Diabetes mellitus / motorisches Hygieneerschweris ja = 1 nein

Blutung / Schwellung / Lockerung ja = 2 nein

0: sorgfältige Reinigung alle 24 h
 1: Empfehlung zu fachger. Pflege
 2: Überweisung zum Zahnarzt

Blutuntersuchung

Chol. mg/dl HDL-Chol. mg/dl T-Chol./HDL-Chol. /

Rotes Blutbild (Frauen)

Ery. T/1 , Blutzucker mg/dl

Hb. g/l

Hkt. %

Harnuntersuchung

Leukozyten neg pos
 Glucose
 Nitrit
 Eiweiß
 Blut
 Ubg

Triglyceride (nüchtern) mg/dl

Gamma-GT U/l

Diagnosesicherung
 Befundbesprechung
 weitergehende Laboruntersuchung veranlasst
 Wiederholung der Laboruntersuchung

Blutdruck blutdruckenkendes Medikament(e) eingenommen

richtige Messung in mmHg:
 (nach 2 unabhängigen Messungen im Sitzen nach 5 Minuten Ruhe)

/

normal ≤ 129 / ≤ 84
 hochnormal 130-139 / 85-89
 Grad 1 140-159 / 90-99
 Grad 2 160-179 / 100-109
 Grad 3 ≥ 180 / ≥ 110

Diagnosesicherung
 Hypertonieschulung (Angebot)
 Weiterführung der Therapie

BMI (kg/m²)

,

Taille Männer <102 cm
 Taille Frauen < 88 cm
 größerer Taillenumfang

< 18,5
 18,5-24,9
 25,0-29,9 Präadipositas
 30,0-34,9 Grad I Adipositas
 35,0-39,9 Grad II Adipositas
 $\geq 40,0$ Grad III Adipositas

Bewegungsberatung
 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"/> Bewegungsempfehlung <input type="checkbox"/> von Proband/in abgelehnt
Alkohol Alkoholfragebogen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aufhörwille vorhanden andere Vorbefunde (Alkohol)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Gespräch <input type="checkbox"/> Entwöhnungsprogramm
Rauchverhalten 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 checked="" 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"/> Diagnoseeicherung <input type="checkbox"/> Schulung <input type="checkbox"/> Weiterführung der Therapie
Kardiovaskuläres Risiko bis 40 Jahre		ab 40 Jahre	
erwartet <input type="checkbox"/>	Ergebnis des AHA Risk Calculator	Ergebnis des New Zealand Risk Scale	<input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> hoch
			<input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> sehr hoch
Frauen PAP-Abstrich-Befund (zeitgerecht)		Frauen ab 40 Jahre Mammographiebefund (zeitgerecht)	
<input checked="" type="checkbox"/> Abstrich gemacht Befund vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja BIRADS-Befund vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ärztliche Beratung und Aufklärung vor PAP-Abstrich		<input type="checkbox"/> ärztliche Beratung und Aufklärung vor Vorsorge-Mammographie	
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"/> ärztliche Beratung/Aufklärung über Koloskopie durchgeführt	
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 10 Jahre <input type="checkbox"/> länger als 10 Jahre <input type="checkbox"/> bisher keine			
Männer ab 50 Jahre Prostata			
<input type="checkbox"/> Ärztliche Beratung/Aufklärung über den PSA-Test auf Wunsch des Probanden		<input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> von Proband/in abgelehnt	
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			
Verdacht auf behandlungswürdiges Gesundheitsproblem und neu entdeckte Erkrankungen			
<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, welche		<input type="checkbox"/> Diagnoseeicherung <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

Postleitzahl

--	--	--	--	--

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

					-			-			-			
--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	--

versichert bei:

--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherungsstatus

- erwerbstätig, AMS
 Pensionist
 Kriegshinterbliebener
 Fremdstaater
 EU-Abkommen
 nicht versichert

Aufklärung vor Untersuchung durchgeführt

- ja nein

Beurteilung der Abstrichqualität

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

- Qualität: eingeschränkte Aussagekraft

- keine Zellen der TZ
 andere Ursachen

- Qualität: nicht beurteilbar (Pap 0)

- keine Zellen der TZ
 andere Ursachen

Abstrichwiederholung

- ja nein

Zervikalzytologischer Befund und Folgemaßnahme

PAP-Klasse

- I
 II
 III
 IIID
 IIIG
 IV
 V

Maßnahme

- Routine-Screening
 Abstrichwiederholung innerhalb von 6 Monaten
 sofortiger Handlungsbedarf (Histologie)

Informationsrelevanter Befund ja nein

Probandin über Ergebnis informiert ja nein

Sonstige Auffälligkeiten

Stempel oder Etikett der Praxis

Untersuchungsdatum TT - MM - JJJJ

			-			-				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--