

# FRAGEBOGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

## QUELLEN DER GESUNDHEIT (nach Jork und Schlamp: SALUS)

Bewerten Sie bitte Ihre Grundlagen, die Ihnen helfen, gesund zu bleiben bzw. gesund zu werden, in der Skala 1 bis 6. Kreuzen (X) Sie bitte die Spalte an, die für Sie eher zutrifft.

1 = nie      3 = manchmal      5 = sehr oft  
2 = selten    4 = häufig                  6 = immer

Nehmen Sie bitte Ihre Einschätzung vor:

nie	selten	manchmal	häufig	sehr oft	immer
1	2	3	4	5	6

1. In letzter Zeit habe ich mich wohl gefühlt.	1	2	3	4	5	6
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	1	2	3	4	5	6
3. Ich gönne mir gern etwas Gutes.	1	2	3	4	5	6
4. In der letzten Zeit war ich mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	1	2	3	4	5	6
5. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	1	2	3	4	5	6
6. Es gelingt mir, die guten Seiten des Lebens zu sehen.	1	2	3	4	5	6
7. Ich entscheide, wie sehr ich mich durch die Meinung anderer Menschen beeinflussen lasse. <small>(Ich bin meinen Gefühlen – Wut, Ärger, Freude ... – nicht hilflos ausgeliefert.)</small>	1	2	3	4	5	6
8. Ich verlasse mich im Allgemeinen auf mein eigenes Urteil.	1	2	3	4	5	6
9. Ich kann Kritik an mir auch als mögliche Anregung auslegen.	1	2	3	4	5	6
10. Auch bei überraschenden Ereignissen würde ich gut zurechtkommen.	1	2	3	4	5	6
11. Ich bin der Ansicht, dass Krankheit auch eine tiefere Bedeutung haben kann.	1	2	3	4	5	6
12. Ich nehme mir Zeit für mich selbst.	1	2	3	4	5	6
13. Auch in unsicheren und schwierigen Zeiten kann ich meinen Lebenssinn erkennen.	1	2	3	4	5	6
14. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir fast immer, wenn ich mich um Lösungsideen bemühe.	1	2	3	4	5	6
15. Ich fühle mich in meiner Familie/Lebensgemeinschaft/ Glaubensgemeinschaft/meinem Verein anerkannt und geborgen.	1	2	3	4	5	6

0–30 Punkte: zusätzliche Ressourcen eröffnen.  
30–60 Punkte: zusätzliche Ressourcen von Vorteil.  
60–90 Punkte: Ressourcen ausreichend.

### ARZTSTEMPEL

Mit freundlichen Grüßen, Ihr:

Für die ÖGAM entwickelt von:

**Dr. Franz Burghuber**  
Allgemeinmediziner  
4150 Rohrbach

Unter Mithilfe von:

**Dr. Erwin Rebhandl**  
Präsident der ÖGAM  
4170 Haslach

**Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder**  
Inst. f. Sozialmedizin  
Universität Wien

Vorstandsmitglieder  
der ÖGAM

**Dr. Claudia Uhlir**  
Stv. Chefredakteurin  
Ärzte Krone

Herausgeber: ÖGAM, Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel.: 01/405 13 83-17, Fax: 01/405 13 83-23, E-Mail: office@oegam.at, Homepage: www.oegam.at

Mit freundlicher Unterstützung von:

Hauptsponsoren:



Weitere Sponsoren:



**ögam**

Osterreichische Gesellschaft für  
Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA

[www.mein-arzt.org](http://www.mein-arzt.org)  
Schauen Sie vorbei!

# FRAGEBOGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

## Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Als Vorbereitung für die Untersuchung bitte ich Sie, diesen Fragebogen zu Hause in Ruhe auszufüllen und zur Untersuchung mitzubringen. Bei der Untersuchung besprechen wir gemeinsam diese Fragen – sie helfen, einen guten Überblick über Ihren Gesundheitszustand zu bekommen.

## Natürlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich, entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht.

Beantworten Sie die Fragen durch Ankreuzen der zutreffenden Antwort:   
Selbstverständlich können Sie Fragen, die Sie nicht beantworten wollen, einfach auslassen!

Patienteninitialen \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

### VORSORGEUNTERSUCHUNG

Ich mache jährlich eine komplette (= nicht nur im Genitalbereich) Vorsorgeuntersuchung.

nein  ja

Meine Impfungen entsprechen dem neuesten Stand.

nein  ja  
 weiß nicht

Bringen Sie bitte alle Ihre Impfkarten zur Vorsorgeuntersuchung mit.

### VORGESCHICHTE

#### Familienanamnese

- Herztodesfälle unter 60 Jahren bei Blutsverwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder)
- Ich habe/hatte einen Blutsverwandten mit erhöhtem Cholesterin.
- Thrombose/Lungeninfarkt bei Blutsverwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder)
- Diabetes (Zuckerkrankheit) bei Blutsverwandten 1. Grades
- Grüner Star bei Blutsverwandten 1. Grades
- Ich habe/hatte eine Blutsverwandte, die Brustkrebs hatte.  
Wer: \_\_\_\_\_
- Melanom (Hautkrebs) bei Blutsverwandten 1. Grades  
Wer: \_\_\_\_\_
- Andere Krebserkrankungen bei Blutsverwandten 1. Grades  
Wer: \_\_\_\_\_ Welcher Krebs: \_\_\_\_\_

#### Ich habe oder hatte folgende Erkrankungen:

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
  - Ich bin deswegen in Behandlung.
  - hoher Blutdruck (größer 135/85)
    - Ich bin deswegen in Behandlung.
- Herzinfarkt/Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße
- andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Schlaganfall/Gehirnblutung
- Krebs
- seelische Erkrankungen
- Migräne oder häufige Kopfschmerzen
- Erkrankungen der Atemwege (Lunge, Bronchien wie z. B. Atemnot, chronischer Husten, Asthma etc.)
- chronisches Ekzem
- Schwindel mit/ohne Stürze
- Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magen, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)
- Rückenschmerzen
- Erkrankungen der Gelenke
- Erkrankungen der Harnwege/Nieren
- in den letzten 2 Monaten eine akute Erkrankung (z. B. Erkältung, Grippe, Lungenentzündung, Erbrechen, Durchfall ...)  
Welche: \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

#### Frühere schwere Erkrankungen oder Operationen:

- Kopf/Gehirn  Augen
- Ohren  Mandeln
- Nasenpolypen  Schilddrüse

- Herz  Lunge
- Leber  Gallenblase
- Niere  Magen
- Darm  Blinddarm
- Leistenbruch  Harnwege
- Geschlechtsorgane  Arme
- Beine  schwere Unfälle
- Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Ich nehme regelmäßig Medikamente ein:

- Vitaminpräparate
- Nahrungsergänzungsmittel
- Aspro, Aspirin, Aspro C oder andere Schmerz-/Rheumamittel
- Schlaf-/Beruhigungsmittel
- homöopathische Medikamente
- Tee (zur Behandlung)
- pflanzliche Arzneien
- Hormonmedikamente („Pille“ ...)
- Medikamente gegen Bluthochdruck
- andere Arzneien (bitte anführen): \_\_\_\_\_

### BERUF

Ich bin in meinem Beruf meistens zufrieden.

- nein  ja  
 Ich würde meinen Beruf wechseln, wenn ich könnte.

#### Belastungen am Arbeitsplatz durch:

- schwere körperliche Arbeit
- Schichtarbeit
- Akkordarbeit
- Staub, Gase, Geruch, Chemikalien
- Lärm
- Witterung, Hitze, Zug
- ständiger Zeitdruck und zu wenig Pausen
- ständige Konzentration
- ständiger Leistungsdruck (Produktivität, immer am neuesten Stand sein müssen)
- ständige Belastung durch Vorgesetzte, Kollegen oder Anvertraute
- wiederholter Überstundendruck (unbezahlt)
- einseitige Arbeitshaltung (ständiges Sitzen, ständiges Stehen etc.)
- Mehrfachbelastungen (Nebenberufe, Haushalt etc.)
- Monotonie, Langeweile, Unterforderung
- drohenden Arbeitsplatzverlust

### ERNÄHRUNGSVERHALTEN

- Gewöhnlich esse ich Fleischwaren oder Wurst etc. mehr als 2x/Woche.

#### Ich konsumiere

- Butter, Käse, Vollmilch täglich  fettreduzierte Milchprodukte

#### Ich esse Gemüse bzw. Salatportionen

- nicht jeden Tag  täglich  mehrmals täglich

#### Ich esse Obstportionen

- nicht jeden Tag  täglich  mehrmals täglich

# FRAGEBOGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

**Ich esse Vollkornprodukte**  
 nie  täglich  mehrmals pro Woche

**Ich esse Süßigkeiten, Marmelade, Honig, trinke zuckerhaltige Getränke**  
 täglich  selten  nie

**Ich nehme bei den Hauptmahlzeiten**  
 einen Nachschlag  keinen Nachschlag  
 Ich esse häufig mehr, als ich zum Sattwerden brauche.

**Ich trinke täglich**  
 weniger als 1,5 Liter  mehr als 1,5 Liter

**KÖRPERLICHE AKTIVITÄT**  
**Ich mache körperliche Bewegung durchgehend mindestens eine halbe Stunde pro Tag.**  
 manchmal  fünfmal pro Woche

**ALKOHOL**  
 Ich habe manchmal das Gefühl, ich sollte meinen Alkoholkonsum reduzieren.  
 Ich habe schon gereizt reagiert, als ich auf mein Trinkverhalten angesprochen wurde.  
 Ich fühle mich manchmal schuldig oder als Versager, weil ich meine Trinkgewohnheiten nicht in den Griff bekomme.  
 Ich habe es schon erlebt, dass ich morgens als Erstes Alkohol getrunken habe, damit ich mich nervlich stabilisiere oder einen Kater loswerde.

**ILLEGALE DROGEN** nehme ich  nein  ja

**RAUCHEN**  
**Ich bin Raucher (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)**  
  
 **Ja. Mengen pro Tag:** \_\_\_\_\_  
 Ich möchte mit dem Rauchen aufhören.  
 Ich möchte über neue Methoden zur Raucherentwöhnung informiert werden:  nein  ja  
 Nein. Ich bin Nichtraucher seit: \_\_\_\_\_

**MASSANGABEN, DIE IN DER ORDINATION ERHOBEN WERDEN**  
**Größe:**  **Gewicht:**   
**Bauchumfang:**  **BMI:**

**ANZAHL DER ANGEKREUZTEN FRAGEN (ÄRZTIN/ARZT):**

**Wurde eine Darmspiegelung gemacht?**  
 nein  wann zuletzt: \_\_\_\_\_

**GEDÄCHTNISLEISTUNG**  
 Ich vergesse wiederholt zurückliegende Ereignisse.  
 Es kommt häufig vor, dass ich tägliche Arbeiten unvollständig ausführe, weil ich nicht mehr daran denke.  
 Mir geht mitten im Satz der Sinn verloren oder es fallen mir oft einfache Wörter nicht ein.  
 Es ist mir schon passiert, dass ich mich an sonst gewohnten Orten nicht zurechtfinde.  
 Ich fühle mich zunehmend von früher für mich einfachen Erledigungen überfordert (z.B. Auto fahren, Einkäufe, Behördenwege).  
 Ich wundere mich manchmal selbst, wo ich verlegte Gegenstände wiederfinde.  
 Es passiert mir wiederholt, dass ich mich im Datum oder in der Uhrzeit auffällig verschätze.

**STIMMUNG**  
 Ich fühle mich oft niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos.  
 Ich habe in den letzten Monaten bemerkt, dass ich wenig Interesse aufbringen konnte oder dass ich keine Freude an meinen Tätigkeiten empfand.

**Falls Sie eine dieser beiden Fragen mit ja beantworten: Brauchen Sie dazu Hilfestellung?**  
 ja  ja, aber nicht jetzt  Nein

Der Kontakt zu Freunden hat in letzter Zeit deutlich abgenommen.  
 Ich fühle mich in letzter Zeit besonders schlapp, müde oder antriebslos.  
 Ich habe Schwierigkeiten, mich auf ein bestimmtes Thema zu konzentrieren.  
 Ich bin im Gegensatz zu früher übervorsichtig und gehemmt.  
 Ich bin häufig reizbar, ungeduldig, aufbrausend und ärgere mich über Kleinigkeiten.  
 Ich bin nervös, ängstlich, überlastet, überfordert.  
 Ich habe oft Schuldgefühle.  
 Meine Stimmung schwankt auffällig oft, plötzlich und unmotiviert.  
 Ich wollte mir in letzter Zeit ein Leid zufügen.  
 Ich habe in letzter Zeit Gefühle wie Irritiertheit, Unruhe, Unzufriedenheit etc.  
 Ich habe laufend Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, frühes Erwachen).  
 Ich habe unbegründet weniger oder mehr Appetit.  
 Es ist mir aufgefallen, dass ich in letzter Zeit versucht habe, Probleme durch Alkohol zu bereinigen.  
 Ich habe gehäuft unerklärliche Schmerzen (Kopf, Nacken, Rücken, Magen etc.).  
 Ich denke manchmal, ich wäre lieber tot.

**STRESS**  
 Wenn ich einmal einige Stunden nichts Produktives gemacht habe, tauchen häufig Schuldgefühle in mir auf.  
 Ich kann häufig schwer nein sagen, wenn jemand mich um etwas bittet.  
 Ich erledige häufig alltägliche Dinge (Gehen, Essen etc.) sehr schnell.  
 Die Langsamkeit anderer macht mich häufig ungeduldig.  
 Ich habe häufig Schlafprobleme, bin unausgeschlafen und müde.  
 Bei Aufregungen schlägt mein Herz häufig unregelmäßig.  
 Für mich selbst nehme ich mir häufig viel zu wenig Zeit.  
 Meine Leistungen werden häufig von der Umgebung zu wenig anerkannt.  
 Es gibt häufig Zeiten, in denen ich mich leer und abgestumpft fühle.  
 Ich äußere mich häufig sarkastisch oder zynisch.

**FAMILIE/BEZIEHUNG/KINDER**  
**Fühle ich mich in meiner Familie/Beziehung wohl?**  
 nein  ja  
 Ich fühle mich in meiner Familie/Beziehung häufig unzufrieden.  
 Ich würde mich eigentlich von meiner/meinem Partner(in)/Familie trennen, wenn ich könnte.  
 Ich habe Probleme mit einzelnen Familienmitgliedern.

**BESCHWERDEN**  
 Ich habe Atemnot bei körperlicher Belastung (Stiegensteigen etc.).  
 Ich wache wegen Atemnot auf.  
 Abends sind meine Beine geschwollen.  
 Nachts verspüre ich eine Unruhe in den Beinen.  
 Ich habe Schmerzen in den Waden, die sich beim Gehen verstärken.  
 Ich habe Beschwerden in der Herzgegend, Herzjagen, Herzstolpern.  
 Ich habe Muskelschmerzen.  
 Ich habe wiederholten Husten.  
 Ich habe wiederholte Heiserkeit.  
 Ich habe Schluckbeschwerden.  
 Ich habe Appetitmangel.  
 Ich habe in letzter Zeit ungewollt abgenommen.  
 Ich habe Zahnfleischbluten beim Zähneputzen oder beim Essen harter Nahrung.  
 Mein Zahnfleisch fühlt sich geschwollen oder empfindlich an.  
 Mein Zahnfleisch hat sich zurückgezogen bzw. die Zähne sind scheinbar länger geworden.  
 Die Zahnzwischenräume sind größer geworden.  
 Die Passform meiner Teilprothese hat sich verändert.  
 Ich habe Mundgeruch.  
 Ich habe Probleme mit den Zähnen.  
 Ich habe „Aufstoßen“ wie Säure, Völlegefühl, Blähungen.  
 Ich habe Beschwerden in der Magengegend.  
 Ich habe Widerwillen gegen Speisen, Ekel und Völlegefühl.  
 Es besteht eine Verstopfung.  
 Ich habe häufig Durchfall.  
 Meine Stuhlgewohnheiten haben sich geändert.  
 Ich habe am Stuhl Blut oder eine Schwarzfärbung bemerkt.  
 Ich habe Beschwerden im Afterbereich.

# FRAGEBOGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Ich muss nachts mehr als 1x urinieren.  
 Ich habe das Gefühl, dass meine Blase nach dem Urinieren nicht ganz leer wird.  
 Ich habe Schmerzen beim Urinieren.  
 Ich habe Blut im Urin.  
 Meine Haut ist deutlich trockener.  
 Ich habe ein Muttermal, das sehr dunkel ist, wächst oder blutet.  
 Ich habe störenden Juckreiz.  
 Es bestehen sonstige Hautveränderungen.  
 Ich verspüre ein deutliches Nachlassen der körperlichen Kraft und Ausdauer.  
 Meine Arbeitsleistung lässt deutlich nach.  
 Meine Körpergröße nimmt ab.  
 Ich schlafe unmittelbar nach dem Abendessen ein.  
 Ich habe Probleme beim Sehen (trotz Tragens einer Brille oder von Kontaktlinsen).  
 Ich brauche starke Brillen oder Kontaktlinsen, um in die Ferne sehen zu können.

**Allergien:**  
 Ich leide im Frühjahr, Sommer oder Herbst an juckenden Augen, Schnupfen, Husten, Geräuschen im Brustkorb oder Atemnot.  
 Ich werde morgens von Niesattacken, Husten, Geräuschen im Brustkorb, Atembeschwerden oder einer verstopften Nase und verklebten Augen geplagt.  
 Es löst die Nähe von Tieren bei mir Augenjucken, eine rinnende Nase, Husten, Geräusche im Brustkorb, Kurzatmigkeit oder Hautreizungen aus.  
 Ich reagiere auf Bienen- oder Wespenstiche mit starken Schwellungen, Ausschlägen, Kreislauf- und/oder Atemprobleme.  
 Ich beobachte nach der Einnahme von bestimmten Medikamenten Ausschläge oder Schwellungen.  
 Ich verspüre nach dem Verzehr bestimmter Nahrungsmittel Juckreiz im Mund, Magen-Darm-Krämpfe, Blähungen oder Durchfall.  
 Ich beobachte Hautreaktionen beim Tragen von Modeschmuck, Piercings, etc.

Ja, ich möchte auch den Allergie-Screening-Fragebogen (Selbsttest – allergische Atemwegserkrankungen) ausfüllen. (\*)

**Ab 65 Jahren:**  
 Ich gehe regelmäßig zum Augenarzt.  
 nein  ja: wann zuletzt: \_\_\_\_\_  
 Ich habe Sehstörungen (Lichtblitze, Schattensehen, Schleiersehen, fliegende Mücken, Bildausfälle).  
 Ich habe Probleme beim Hören.  
 Ich muss häufiger das Radio oder den Fernseher lauter stellen als andere Menschen.  
 Gelegentlich tritt ein Ohrgeräusch auf.  
 Es gibt in der Familie Schwerhörigkeit, die schon im frühen Alter auftrat.  
 Ich habe Probleme mit der Nase/mit dem Riechen.  
 Ich habe Probleme mit dem Geschmackssinn.  
 Ich habe Probleme mit dem Tastsinn.  
 Ich habe andere Beschwerden, nach denen hier nicht gefragt wird.

**Männer bitte weiter in der nächsten Spalte bei „Männerrolle“.**

**FRAUENROLLE**  
**Ich fühle mich in meiner Rolle als Frau wohl.**  
 nein  ja

**Brüste**  
**Ich führe 1x/Monat eine Selbstuntersuchung meiner Brüste durch.**  
 nein  ja

Es sondert sich aus den Brustwarzen eine Flüssigkeit ab.  
 Ich habe Schmerzen in der Brust.  
 Ich habe Schwellungen oder Knoten in der Brust.

**Ich lasse regelmäßig eine Mammographie machen:**  
 nein  ja (wann zuletzt? \_\_\_\_\_ )

Ich wurde an der Brust operiert.

**Menstruation**  
**Regelmäßig (alle 26 bis 30 Tage)?**  nein  ja  
 Ich habe keine Menstruation seit ca. \_\_\_\_\_

**Blutungsstärke normal?**  nein  ja  
 Ich habe Schmerzen vor oder bei der Menstruation.

**Sonstige Beschwerden**  
 Ich habe ungewöhnliche Blutungen aus der Scheide (zwischen- durch, nach den Wechseljahren, beim oder nach dem Geschlechtsverkehr).  
 Ich habe einen ungewöhnlichen Ausfluss aus der Scheide.  
 Ich empfinde meine Scheide als zu trocken.  
 Ich leide unter Hitzewallungen.

**Ich lasse in regelmäßigen Abständen einen Krebsabstrich vom Muttermund machen.**  nein  ja

**Schwangerschaft**  
**Geburten**  eine  mehrere (wie viele? \_\_\_\_\_ )  
**Fehlgeburten**  eine  mehrere (wie viele? \_\_\_\_\_ )

Wurde während einer Schwangerschaft Diabetes bei mir festgestellt?  
 Ja  Nein

**Harn**  
 Ich habe einen ungewollten Harnabgang.

**Sexualleben**  
 Falls ein Sexualproblem bestünde, würde ich mich gerne von meiner Hausärztin/meinem Hausarzt beraten lassen.

**Ich bin zufrieden mit meinem Sexualleben:**  nein  ja

**Der Geschlechtsverkehr ist befriedigend für mich:**  
 selten  fast immer

**MÄNNERROLLE**  
**Ich fühle mich in meiner Rolle als Mann wohl:**  nein  ja

**Ich führe 1x/Monat eine Selbstuntersuchung der Hoden durch.**  
 selten  regelmäßig

**Prostata/Urinieren**  
**Ich habe einen schwachen Strahl beim Urinieren.**  
 regelmäßig  nie

**Ich lasse regelmäßig einen PSA-Test machen.**  
 nie  wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**Ich habe ungewollten Harnabgang.**  regelmäßig  nie

**Sexualleben**  
 Falls ein Sexualproblem bestünde, würde ich mich gerne von meiner Hausärztin/meinem Hausarzt beraten lassen.

**Ich bin zufrieden mit meinem Sexualleben.**  nein  ja

**Meine Fähigkeit, eine Erektion zu bekommen und zu halten, ist**  gering  gut

**Das wollte ich meinen Arzt schon immer fragen:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben anonym und unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für statistische Auswertungen verwendet werden.