





- Ich verspüre ein deutliches Nachlassen der sportlichen Leistungsfähigkeit.
- 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.

**19. Allergien**

- Ich leide zu manchen Jahreszeiten, nach Tierkontakt oder am Morgen an juckenden Augen, Schnupfen, Husten, Geräuschen im Brustkorb oder Atemnot.
- Ich reagiere auf Bienen- oder Wespenstiche mit starken Schwellungen, Ausschlag, Kreislauf- und/oder Atemproblemen.
- 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, Armbanduhr, Piercings, etc.

**20. Ab 50. Lebensjahr**

- Wurde eine Darmspiegelung gemacht?  
 Nein  Ja, wann zuletzt: .....

**21. Ab 65. Lebensjahr**

- Ich war schon lange nicht mehr beim Augenarzt.
- Ich habe Sehstörungen (Lichtblitze; Schattensehen, Schleiersehen, fliegende Mücken, Bildausfälle) .
- Ich höre zwar den anderen, verstehe ihn aber nicht immer.
- Ich muss häufig Mitmenschen bitten zu wiederholen, was sie gesagt haben.
- Ich muss häufig 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/Riechen.
- Ich habe Probleme mit dem Geschmacksinn.
- Ich habe Probleme mit dem Tastsinn.
- Ich habe andere Beschwerden, nach denen hier nicht gefragt ist.

**Männer bitte weiter in der Spalte bis „23. Spezifische Gesundheitsfragen für Männer“**

**22. Spezifische Gesundheitsfragen für Frauen**

**Ich fühle mich in meiner Rolle als Frau wohl**

- Nein  Ja

**BRÜSTE**

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

**Ich nehme an der Früherkennungsmammographie (nach Einladung) teil**

- Nein  Ja : Wann zuletzt .....

**Wurden Ihnen schon kürzere Untersuchungsintervalle als zweijährliche Mammografien empfohlen?**

- Ja  Nein  
 Ich wurde an der Brust operiert

**MENSTRUATION/BLUTUNGEN**

Regelmäßig (alle 26 bis 30 Tage)?

- Nein  Ja

Ich nehme Hormonmedikamente ein:

- zur Therapie/ Empfängnisverhütung („Pille“)  Nein

- Ich habe keine Menstruation seit ca. ....

**Blutungsstärke normal?**

- Nein  Ja  
 Ich habe Schmerzen vor oder bei der Menstruation.  
 Ich habe Blutungen aus der Scheide (zwischen durch, nach den Wechseljahren, beim oder nach dem Sexualverkehr).  
 Ich habe einen ungewöhnlichen Ausfluss aus der Scheide.  
 Ich empfinde meine Scheide als zu trocken.  
 Ich leide unter Hitzewallungen.

**Ich lasse alle 3 Jahre einen PAP-Abstrich machen**

- Nein  Ja

**GEBURTEN**

**Geburten**

- eine  mehrere: wie viele? .....

**Fehlgeburten**

- wieviele? .....

- Während einer Schwangerschaft wurde Diabetes bei mir festgestellt

**SEXUALLEBEN**

Falls ein Sexualproblem besteht, würde ich mich gerne von meiner Hausärztin/Hausarzt

- beraten lasse

Ich bin zufrieden mit meinem Sexualleben:

- Nein  Ja  
 Ich leide an Schmerzen beim Sexualverkehr, Lustlosigkeit, Orgasmusschwäche.  
 Ich habe ein geringes sexuelles Interesse.

**23. Spezifische Gesundheitsfragen für Männer**

**Ich fühle mich in meiner Rolle als Mann wohl**

- Nein  Ja

**Ich habe einen schwachen Strahl beim Urinieren**

- regelmäßig  nie

Ich muss pressen oder mich anstrengen, um mit dem Urinieren beginnen zu können.

- regelmäßig  nie

**SEXUALLEBEN**

Falls ein Sexualproblem besteht, würde ich mich gerne von meiner Hausärztin/Hausarzt

- beraten lassen

Ich bin zufrieden mit meinem Sexualleben

- nein  ja  
 Ich leide an Erektionsschwäche, vorzeitigem Samenerguss, Schmerzen beim Sexualverkehr, Lustlosigkeit, Orgasmusschwäche

**24. Das wollte ich meine Ärztin/meinen Arzt schon immer fragen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bewerten Sie bitte Ihre Grundlagen, die Ihnen helfen, gesund zu bleiben bzw. gesund zu werden, in der Skala 1 bis 6. Kreuzen ☒ 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 den letzten 6 Monaten 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 den letzten 6 Monaten 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. (Ich bin meinen Gefühlen – Wut, Ärger, Freude ... – nicht hilflos ausgeliefert.)	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 Lösungen bemühe.	1	2	3	4	5	6
15.	Ich fühle mich meiner Familie/Lebensgemeinschaft/ Gesinnungsgemeinschaft/meinem Verein zugehörig.	1	2	3	4	5	6

15–30 Punkte: zusätzliche Ressourcen eröffnen.  
30–60 Punkte: zusätzliche Ressourcen von Vorteil.  
60–90 Punkte: Ressourcen ausreichend.

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

Datum, Unterschrift .....

**Autor:** Dr. Franz Burghuber | **Peer Review:** H. Bachler, B. Hofbauer, Ch. Gonzales, B. Panhofer, S. Rabady, E. Rebhandl  
**Für den Inhalt verantwortlich:** ÖGAM | **HERAUSGEBER:** ÖGAM

ÖGAM Sekretariat, c/o Wiener Medizinische Akademie, Alser Straße 4, 1090 Wien  
Tel.: 01/405 13 83-17, Fax: 01/405 13 83-917, E-Mail: office@oegam.at

**BESTELLUNG & PDF ZUM DOWNLOADEN über:** [www.oegam.at/service/gesundheitsfragebogen](http://www.oegam.at/service/gesundheitsfragebogen)