

Dr. med. Stefan Hönemann

Facharzt für Allgemeinmedizin
Manuelle Medizin/Chirotherapie
Ärztliche Osteopathie
Akupunktur

Mummendorfer Weg 3
23769 Fehmarn

Tel (04371) 1556
Fax (04371) 864307

praxis@hoenemann.net
www.Familienpraxis-Fehmarn.de

Sprechzeiten

Mo - Do 08.00 - 12.00
Fr 08.00 - 14.00
Mo + Do 16.00 - 19.00
Di 14.00 - 16.00

apoBank

IBAN DE63 3006 0601 0008 0475 02
BIC DAAE DEDD XXX

Fragebogen

osteopathische Behandlung

Name, Geb.-Dat.: _____

Hausarzt: _____

WELCHE BESCHWERDEN FÜHREN SIE ZU MIR? (... seit wann? wann treten sie auf? was macht sie besser/schlechter? bisherige Untersuchungen und Behandlungen?)

B i t t e
beantworten Sie
alle Fragen so
gut wie möglich.

Ihre Angaben
unterliegen
natürlich der
ärztlichen
Schweigepflicht!

VORGESCHICHTE

A m e r s t e n
Behandlungs-
termin werde ich
diesen Bogen
mit Ihnen
besprechen.

Vorerkrankungen: (? Herz, Lunge, Bauchorgane, Schilddrüse, gynäkologisch/
urologisch -Niere/Blase-, Rheuma, Diabetes, Asthma, Knochenbrüche, ...,
bösartige Erkrankungen) (Seit) wann?

Allergien?

osteopathische
Behandlung

Name: _____

Operationen/Krankenhausaufenthalte: (z.B. Blinddarm, Gallenblase, Leistenbruch, Kaiserschnitt, Bauchspiegelung, Wirbelsäule, künstl. Gelenke, Knochenbrüche, Augen, Zahnimplantate) Wann?

Schwangerschaften/Geburten: _____ / _____ (Probleme? Besonderes?)

Vorerkrankungen der Familie: (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Ihre Geburt/Schwangerschaft der Mutter: (auf natürlichem Weg/Kaiserschnitt? Zange/Saugglocke? Besonderheiten?)

Probleme/Krankheiten der Kindheit: (Zahnsperre? Rücken-/Gelenkprobleme?)

Beruf: (erlernter Beruf, aktuelle Tätigkeit)

Medikamente: (Blutverdünnung?“Pille“? jetzt oder früher Kortison-tabletten länger als 3 Monate?)

- -
- -
- -
- -

Körpergröße: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Treiben Sie Sport?: _____ / Wo

Sportart:

osteopathische
Behandlung

Name: _____

Schlaf: (Ein- oder Durchschlafstörungen? Schlafmittel?erholtes Aufwachen?)

Stimmung: (gut? fröhlich? Stimmungsschwankungen? Ängste? Traurigkeit?
Konzentrationsstörungen?)

Schwindel oder Ohrgeräusche (Tinnitus)? (wann? seit wann)

nein ja _____

wiederholte Kopfschmerzen / Migräne? (wann? wie oft?)

nein ja _____

Zähneknirschen/Kiefergelenksprobleme? (seit wann? wie oft? Zahnschiene?)

nein ja _____

Schwitzen:

unauffällig leicht nächtlich

Schluckstörungen/Kloßgefühl/Sodbrennen?

nein ja _____

Magenbeschwerden?

nein nüchtern nach dem Essen unabhängig vom Essen

Wasser lassen:

unauffällig Schmerzen Reizblase häufige Infekte Inkontinenz

Stuhlgang ____ / Tag oder ____ / Woche

häufig Durchfall Blähungen Verstopfung Völlegefühl

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsprinzipien (zB. vegetarisch, vegan, ...)?:

nein ja _____

Rauchen Sie? nein ja ____ Zig./ Tag

Trinken Sie Alkohol? nein gelegentlich regelmäßig

Fragebogen

Seite 4

osteopathische
Behandlung

Name: _____

Raum für weitere Eintragungen zu obigen Fragen und Besonderheiten oder
Dingen, die Sie erwähnen möchten:

(...)

Fehmarn, den _____

Unterschrift Patientin/Patient