

# 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

Sprechstunden

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

## Fragebogen

### osteopathische Behandlung

(Vers.2020)

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!

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

## VORGESCHICHTE

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

Allergien?

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:

Name: \_\_\_\_\_

Schlaf: (Ein- oder Durchschlafstörungen? Schlafmittel? erholt es 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

Name: \_\_\_\_\_

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

(...)

Fehmarn, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin/Patient