

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie vertrauen uns Ihre Füße an. Um bei Ihrer Fußbehandlung eventuelle Risiken auszuschließen, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.



Name, Vorname : .....

Straße / Hausnr. : .....

PLZ, Wohnort : .....

Telefonnummer : .....

Geburtsdatum : .....

Krankenkasse : .....

behandelnder Arzt : .....

Sind Sie zum ersten Mal bei einer medizinischen Fußpflege ? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Stehen oder laufen Sie privat oder beruflich viel ? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Sind Sie Diabetiker ? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Nehmen Sie orale Antidiabetika ? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Spritzen Sie Insulin? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Sind Sie Bluter oder nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen ? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? Ja \_\_\_ seit : .....Nein \_\_\_

Sind Sie herzkrank ? Ja \_\_\_ Nein \_\_\_

Wurde bei Ihnen eine Infektionskrankheit festgestellt ?

(wie z.B.MRSA, Hepatitis) Ja, :..... Nein \_\_\_

Wurden Sie schon einmal an den Füßen, Knien, Hüften oder am Rücken operiert? Wenn ja, wann?

Leiden Sie an Allergien ? Ja an :..... Nein \_\_\_

Tragen Sie orthopädische Einlagen/Schuhzurichtungen? Ja, seit..... Nein \_\_\_

Die podologische Behandlung wird mit äußerster Vorsicht durchgeführt. Die möglichen Risiken einer Behandlung sind erfahrungsgemäß sehr gering, sollen aus rechtlichen Gründen jedoch Erwähnung finden. Neben Stich- und Schnittverletzungen kann es zu Schürfwunden und Verbrennungen kommen. Durch die verwendeten Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte und sonstige Materialien (Pflaster, Abdruckmaterial, Verbände etc.) sowie die Verabreichung von Pharmaka können allergische Reaktionen auftreten, weshalb Sie uns Medikamentenunverträglichkeiten bitte unbedingt mitteilen. Zu Dokumentationszwecken können zu Beginn und während der Behandlung Lichtbilder gefertigt werden. **Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, berechnen wir nach §615 BGB mit einer Ausfallpauschale von 20 €.**

Ich bin mit der Durchführung der Behandlung einverstanden.

Eine Kopie dieses von mir ausgefüllten Formulars habe ich erhalten.

Datum / Unterschrift : \_\_\_\_\_



## Informationen zur Datenerhebung nach Art. 13 DSGVO

Die podologische Praxis Schildhauer, Kurt Schumacher Str. 34, 30159 Hannover erhebt Ihre Daten zum Zweck der Erfüllung ihrer vertraglichen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag und zu seiner Durchführung. Außerdem werden Ihre Daten erhoben, um Sie zur Terminvereinbarung oder zur Eigenwerbung direkt anzurufen oder anzuschreiben.

Die Datenerhebung hat ihre gesetzliche Grundlage in Art. 6 Abs. 1 lit. b und f DSGVO sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, wobei ein berechtigtes Interesse an Direktwerbung besteht. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet statt, soweit dies gesetzlich vorgesehen ist (Ärzte, Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe, Krankenkassen, Abrechnungsstellen, Inkassodienste). Die Daten werden nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind.

Sie haben das Recht, der Verwendung Ihrer Daten zum Zweck der Direktwerbung jederzeit zu widersprechen. Sie haben das Recht, Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten zu verlangen. Außerdem können Sie bei Unrichtigkeit der Daten deren Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten bzw. Einschränkung der Verarbeitung fordern. Es besteht ferner ein Recht auf Datenübertragbarkeit.

Schließlich steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu:

Datenschutzbeauftragte(r) des Landes Niedersachsen  
Prinzenstraße 5,  
30159 Hannover  
0511 120-4500  
<https://www.lfd.niedersachsen.de>

Ich habe die Information zur Kenntnis genommen : \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Datum : \_\_\_\_\_