

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 : _____