

Anamnese / Fragebogen zur Erstbehandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die sorgfältige Behandlung Ihrer Füße hat bei uns höchste Priorität. Um Komplikationen auszuschließen und Risiken zu kennen, bitten wir Sie, alle Fragen korrekt zu beantworten. Bei Bedarf leisten wir gerne Hilfestellung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

..... Vor- und Nachname Geburtsdatum
..... Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort
..... Beruf Telefon, Mobil
..... Krankenkasse Hausarzt
<input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Zusatzv. oder Beihilfe	
..... E-Mail	

Sind Sie zum ersten Mal bei einer Podologischen Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegen Fußoperationen (Knie, Hüfte) vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann/warum?		
Laufen oder Stehen Sie viel im Beruf oder privat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Diabetiker? Wenn ja, seit wann: Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Krampfadern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegen Herzerkrankungen vor? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, AIDS, MRSA Infektion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen Allergien? Wenn ja, auf welche Substanzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vertragen Sie Pflaster, Latex, Pflegepräparate, Desinfektionsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Rheuma Gicht Osteoporose Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegen andere Erkrankungen vor? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie vom Arzt verordnete, maßgefertigte Einlagen und/oder Schuhe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Welche Fußbeschwerden führen Sie zu uns?.....		

Die Risiken einer Behandlung sind erfahrungsgemäß gering. Trotzdem möchten wir darauf hinweisen, dass es zu Stich- oder Schnittverletzungen kommen kann, welche von uns sofort versorgt werden. Durch Desinfektionsmittel, Abdruckmaterial oder Pflegeprodukte können allergische Reaktionen auftreten, weshalb uns Ihre Hinweise auf eventuelle Unverträglichkeiten sehr wichtig sind.

Für unsere Dokumentation fertigen wir zu Behandlungsbeginn und während der Behandlung eventuell Bilder an, welche nur für den internen Gebrauch bestimmt sind. Alle Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Mögliche Risiken sind mir bewusst. Der Behandlung stimme ich uneingeschränkt zu.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift