

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

Straße, Hausnummer

Beruf

Krankenkasse

Privat versichert Gesetzlich Zusatzv. oder Beihilfe

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Telefon, Mobil

Hausarzt

E-Mail

Sind Sie zum ersten Mal bei einer Podologischen Behandlung?

ja nein

Liegen Fußoperationen (Knie, Hüfte) vor?

ja nein

Wenn ja, wann/warum?

Laufen oder Stehen Sie viel im Beruf oder privat?

ja nein

Sind Sie Diabetiker? Wenn ja, seit wann: Typ 1 Typ 2

ja nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen?

ja nein

Haben Sie Krampfadern?

ja nein

Liegen Herzerkrankungen vor? Wenn ja, welche:

ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

Nehmen Sie blutverdünrende Medikamente ein?

ja nein

Leiden Sie an Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, AIDS, MRSA Infektion)

ja nein

Bestehen Allergien? Wenn ja, auf welche Substanzen:

ja nein

Vertragen Sie Pflaster, Latex, Pflegepräparate, Desinfektionsmittel?

ja nein

Leiden Sie an Rheuma | Gicht | Osteoporose | Gelenkerkrankungen?

ja nein

Liegen andere Erkrankungen vor? Wenn ja, welche:

ja nein

Tragen Sie vom Arzt verordnete, maßangefertigte Einlagen und/oder Schuhe?

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

ja nein

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