



Liebe Patientin, lieber Patient!

Danke, dass Sie uns Ihre Füße anvertrauen. Um bei Ihrer Behandlung eventuelle Risiken zu vermeiden, bitten wir Sie den Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Name	Vorname
PLZ	Wohnort
Straße	Hausnummer
Geburtsdatum	Kurzfristig telefonisch erreichbar unter
Krankenkasse / Privat	Behandelnder Arzt

1. Haben Sie Probleme mit Ihren Füßen? ja nein

Wenn ja, welche?

2. Wurden an Ihren Füßen bereits Operationen oder Wundbehandlungen durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche?

3. Kam es schon einmal zu Wundheilungsstörungen an den Füßen? ja nein

Wenn ja, welche?

4. Besteht eine Stoffwechselerkrankung? (zum Beispiel Diabetes, Gicht) ja nein

Wenn ja, welche?

5. Sind Sie Bluter? ja nein

6. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel? ja nein

Wenn ja, welche?

7. Sind Sie aufgrund von Herzproblemen in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, welche?

8. Sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

Die podologische Behandlung wird mit äußerster Sorgfalt und Vorsicht durchgeführt. Die möglichen Risiken dieser 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 Verwendung von Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte und sonstige Materialien (Abdruckmaterialien, Pflaster, Verbände etc.) können allergische Reaktionen auftreten, daher informieren Sie uns bitte über Unverträglichkeiten.

Es kann vorkommen, dass die Füße vor, während und nach der Behandlung fotografiert werden, um Befunde zu dokumentieren. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, teilen Sie uns dies bitte mit.

Für Termine, die nicht 24 Stunden vor der Behandlung abgesagt oder unentschuldigt nicht wahrgenommen werden, werden Schadenersatzansprüche geltend gemacht.

Ich bin mit den Behandlungsbedingungen einverstanden.

Datum / Unterschrift