

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Name	Vorname
PLZ	Wohnort
Straße	Hausnummer
Geburtsdatum	Telefon tagsüber
Krankenkasse	Behandelnder Arzt

- Sind Sie zum ersten Mal in einer podologischen Praxis? ja nein
- Stehen oder laufen Sie privat oder beruflich viel? ja nein
- Wurden Sie an den Füßen operiert? ja nein
- Sind Sie Diabetiker? ja nein
- Sind Sie Bluter oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel? ja nein
- Leiden Sie an Durchblutungsstörungen? ja nein
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
- Sind Sie herzkrank? ja nein
- Leiden Sie an Hepatitis oder einer anderen Infektionserkrankung? ja nein
- Leiden Sie an Allergien, wenn ja an welchen? ja nein

Die podologische Therapie 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 verwendeten Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte und sonstige Materialien (Abdruckmaterialien, Pflaster, Verbände etc.) sowie die Verabreichung von Pharmaka können allergische Reaktionen auftreten, weshalb Sie uns Medikamenten-Unverträglichkeiten bitte unbedingt mitteilen.

Zu Dokumentationszwecken können zu Beginn und während der Behandlung Lichtbilder gefertigt werden.

Für Termine, die nicht 24 Stunden vor der Behandlung abgesagt oder unentschuldigt nicht wahrgenommen werden, wird eine Ausfallgebühr in Rechnung gestellt.

Ich bin mit der Durchführung der Behandlung einverstanden.

 Datum / Unterschrift