

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie vertrauen uns Ihre Füße an. Damit wir Sie behandeln dürfen und um mögliche Risiken vor der Behandlung erkennen zu können, 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

Telefon  Mobiltelefon

E-Mail  geb. am

Krankenkasse

Hausarzt  Diabetologe

Waren Sie bereits bei einem/r Podologen/in in Behandlung?  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

Wenn ja, wie hoch ist der aktuelle HbA1C Wert?  ja  nein

Sind Sie Bluter oder nehmen Sie Blutgerinnungshemmende Mittel?  ja  nein

Wenn ja, welche Mittel nehmen Sie?

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen?  ja  nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

Sind Sie herzkrank?  ja  nein

Leiden Sie an Hepatitis oder einer anderen Infektionskrankheit?  ja  nein

**Im Falle einer Behandlung mit Heilmittelverordnung!**  
Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor?  ja  nein

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? ( ) ja ( ) nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Die Behandlung wird mit äußerster Sorgfalt und Vorsicht durchgeführt. Die möglichen Risiken der Behandlung sind erfahrungsgemäß sehr gering, sollten aus rechtlichen Gründen jedoch Erwähnung finden. Neben Stich- und Schnittverletzungen kann es zu Schürwunden oder Verbrennungen kommen. Durch die verwendeten Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte und sonstigen Materialien (Abdruckmaterialien, Pflaster, Verbände etc.) sowie die Verabreichung von Pharmaka können allergische Reaktionen auftreten, weshalb Sie uns Medikamentenunverträglichkeiten bitte mitteilen.

Die Behandlung wird dokumentiert. Zu Dokumentationszwecken können zu Beginn und während und am Ende der Behandlung Lichtbilder gefertigt werden. Die Dokumentationen werden in geeigneter Form digital gespeichert.

Derzeit gehen wir voraussichtlich von folgenden Behandlungskosten aus:

<b>Leistung: podologische Komplexbehandlung groß</b>	<b>ab 58,00 €</b>
<b>Leistung: podologische Komplexbehandlung klein</b>	<b>ab 38,00 €</b>
<b>Leistung: Orthonyxietherapie</b>	<b>individuell</b>

Sollten Sie uns eine Heilmittelverordnung vorlegen, die Krankenkasse die Kosten jedoch nicht übernehmen, sind Sie verpflichtet, unsere Behandlungskosten in voller Höhe selbst zu tragen.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden ( ) ja ( ) nein

Wir sind eine Bestellpraxis und arbeiten ausschließlich nach Terminvereinbarung. Werden vereinbarte Termine nicht eingehalten bzw. nicht 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abgesagt, ist eine Ausfallgebühr in Höhe von 70% der vereinbarten Leistung zu entrichten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

## Behandlungsvertrag

für Krankenkassen-, Privatpatienten und Selbstzahler

zwischen

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

und der Podologie Balensiefen  
Inh. Lisa Bong  
Theresienhöhe 1  
50354 Hürth

Die Vertragspartner vereinbaren hiermit die Erbringung der Leistung podologischer Behandlungen mit sofortiger Wirkung. Die podologische Behandlung (groß/klein) / Orthonyxietherapie beinhaltet: Befunderhebung, podologische Diagnostik, Therapiedurchführung, Dokumentation, ggf. Fotodokumentation, Beratung, allgemeine Verbrauchsmaterialien, sowie Hygienemaßnahmen.

Dem Behandlungsvertrag liegt die in der Praxis ausgehangene Vergütungsliste und die allgemeinen Geschäftsbedingungen zu Grunde. Die Vergütung richtet sich nach dem Behandlungsaufwand.

Der Patient/die Patientin wird ausdrücklich darauf hingewiesen (trifft nur auf Privatpatienten und Selbstzahler zu), dass die oben genannten Leistungen nicht von der Krankenkasse bezahlt werden, bzw. die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang seitens der Erstattungsquellen gewährleistet ist. Der Patient/die Patientin ist darüber informiert, dass er/sie das vereinbarte Behandlungshonorar in voller Höhe zu tragen hat.

Die Vergütung ist unmittelbar nach der geleisteten Behandlung gem. § 614 BGB in bar oder per EC/Kreditkarte zu entrichten. Es wird ein Kassenbeleg ausgestellt, oder auf Wunsch eine Rechnung inklusive Portokosten.

Wir sind eine Bestellpraxis und arbeiten nach Terminvereinbarung. Werden vereinbarte Termine nicht eingehalten, bzw. nicht 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abgesagt, ist eine Ausfallgebühr in Höhe von 70% der vereinbarten Leistung zu entrichten. Das gilt auch für Hausbesuchspatientinnen und -patienten, sowie Patienten und Patientinnen mit ärztlicher Heilmittelverordnung. Die Ausfallgebühr muss privat geleistet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter