

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:

| | |
|---|--------------------|
| Leistung: podologische Komplexbehandlung groß | ab 58,00 € |
| Leistung: podologische Komplexbehandlung klein | ab 38,00 € |
| Leistung: Orthonyxietherapie | individuell |

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