

## Patientenfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Wohnort*

\_\_\_\_\_  
*Straße, Hausnummer*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Telefon*

\_\_\_\_\_  
*Krankenkasse*

\_\_\_\_\_  
*Behandelnder Arzt*

- Sind Sie zum ersten Mal bei einer medizinischen Fußpflege?..... ( ) 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 Infektionskrankheit?..... ( ) ja ( ) nein  
Leiden Sie an Allergien, wenn ja an welchen?..... ( ) ja ( ) nein

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

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

Die Patienteninformation wurde mir ausgehändigt. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen hängen in der Praxis zur Einsichtnahme aus.

Ich bin mit der Durchführung der Behandlung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
*Datum / Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter*

### Podologie Mager

Isabelle Mager  
*staatlich geprüfte Podologin  
Sektorale Heilpraktikerin Podologie*

Ruhweg 4  
67307 Göllheim

Tel.: 06351 1277674  
Fax: 06351 1277676

praxis@podologie-mager.de  
www.podologie-mager.de