

Was Sie nicht angeben möchten, müssen Sie auch nicht! Ihre Unterschrift auf der Rückseite zu dem Einverständnis nicht vergessen!

Ohne diese begehe ich eine Körperverletzung!



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. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen diese und die Notwendigkeit Ihrer Beantwortung mit Ihrem Podologen persönlich. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem **Datenschutz** und werden **nicht** an Dritte weitergeleitet. Wir weisen darauf hin, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende Datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, welche sie am Computer einsehen und bestätigen müssen.

Name:			
Vorname:		Geburtsdatum:	
Beruf/ Tätigkeit:		Freizeitaktivität:	
Straße:	Hausnummer	Postleitzahl:	Wohnort:
Krankenkasse:		Verordnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt:		Diabetologe:	
Versicherter	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/> Rentner
Zuzahlungen	<input type="checkbox"/> nicht befreit		<input type="checkbox"/> befreit (bitte Vorlegen in Kopie)

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie folgende Kontaktdaten einzutragen:

Telefon privat:	Telefon dienstlich:
Telefon mobil:	
E-Mail:	
Terminerinnerung	<input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Email

Mir ist bekannt, dass Termine bis 24 Stunden vorher gebührenfrei abgesagt werden können. Ich bin darüber informiert, dass mir kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommen Termine privat in Höhe von 25,-€ (Stand 2026) in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Hiermit bitte ich Sie um Zustimmung zur Terminabsprache über WhatsApp:

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Achtung: mehrere Seiten

Waren Sie bereits bei einem/r Podologen/in in Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Was ist der Grund für Ihren Besuch? _____

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar? _____

Wie lassen sich ihre Beschwerden Lindern? (Kälte, Wärme, Bewegung, Medikamente?) _____

Stehen oder laufen Sie privat oder beruflich viel? ☐ ja ☐ nein

Welche Art von Schuhen tragen Sie am häufigsten? _____

Haben Sie oft kalte oder taube Füße? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie das Gefühl auf Watte zu laufen? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie Barfußläufer? ☐ ja ☐ nein

Sind sie anfällig oder leidet Sie unter Nagelpilz? ☐ ja ☐ nein

Tragen Sie Einlagen in den Schuhen? ☐ ja ☐ nein

Wurden Sie an den Füßen operiert? ☐ ja ☐ nein

Was wurde operiert? (Hallux Valgus, etc.) _____

Sind Sie Diabetiker? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher Typ? _____ (Type 1) _____ (Type 2) _____

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

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

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Vertragen Sie Pflaster, Latex, Medikamente, Jobpräparate, Pflegeprodukte? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie allergisch auf Bienenstiche? (Produkte mit Propolis) ☐ ja ☐ nein

Wenn nein, woran? _____

Leiden Sie unter Hauterkrankungen? (z.B. Neurodermitis, Psoriasis, Ekzeme) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Beschwerden/ Verletzungen am Bewegungsapparat ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Rheuma, Osteoporose, Gicht, Gelenkerkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen eine Atemwegserkrankung bekannt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen eine neurologische Erkrankung bekannt? (z.B. Epilepsie, Morbus Parkinson) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Trinken Sie Alkohol ☐ ja ☐ nein

Ich möchte die Nägel sehr kurz geschnitten haben. Ich bin über die Nachteile dieser Behandlung aufgeklärt worden.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Gesetzliche Krankenversicherte erhalten generell keine Erstattung der Krankenkasse. Dies geschieht nur auf ärztlicher Anordnung (Heilmittelverordnung 13) bei Bestehenden Diagnosen und nach gültiger Verordnung. Hierfür wird in den meisten Fällen, wenn keine Zuzahlungsbefreiung vorliegt, eine Zuzahlung fällig.

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 Schürfwunden 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, welche bis zum Abschluss der Behandlung in Ihrer Patientenakte gespeichert werden. Die Dokumentationen werden in geeigneter Form digital gespeichert.

Sind Sie damit einverstanden: ☐ ja ☐ nein

Preiserhöhung, wir passen jährlich die Preise an die Gesetzliche Krankenkasse an!
https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Heilmittel/Podologie/20231030_Podologie_Anlage_2_Verguetung.pdf

Derzeit gehen wir voraussichtlich von folgenden Behandlungskosten aus:

alt

neu

Leistung:

- podologische Komplexbehandlung groß ab: 55,00 € 61,-€ mit Ust
- podologische Komplexbehandlung auf Heilpraktikerverordnung: 46,00 € 51,-€
(ich erstelle nach der Anamnese auf Grund Ihrer Beschwerden/ Symptome ein Rezept aus, wir Besprechen einen Behandlungsplan)

Bei geringerem Aufwand wird der Behandlungspreis angepasst.

Mir ist der Preis in Höhe von: _____ bekannt.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Privatversicherte:

Der allgemein übliche Steigerungssatz liegt bei 2,3. Bei entsprechendem Zeitaufwand mit einem höheren Steigerungssatz bis 3,5fach abgerechnet werden. Die vollständige Bezahlung der Rechnung erfolgt **unabhängig von der Erstattung durch die Krankenkasse oder der Beihilfestelle.**