

# Patientenselbstauskunft, Aufklärung der Podologie Praxis Gillert

*Ihre Unterschrift auf der Rückseite zu dem Einverständnis nicht*

vergessen! Dieses Einverständnis muss jedes Jahr erneuert werden.

*Ohne diese begehe ich eine Körperverletzung! Laut Patientenrechtegesetz: §§ 630 a BGB*



[www.podologiepraxis-gillert.de](http://www.podologiepraxis-gillert.de)

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.

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

Zur Erleichterung eventueller Terminabsprachen bitten wir Sie folgende Kontaktdaten einzutragen:

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

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**  
**Rückseite beachten und Unterschrift**

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? \_\_\_\_\_

Tragen Sie Kompressionsstrümpfe/ Stützstrümpfe, Sneaker Socken? \_\_\_\_\_ ☐ ja ☐ nein

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](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. ☒ Kostenübernahme durch die GKV  
Des Weiteren werde ich den Betrag mit EC- Karte oder per Rechnung begleichen.

**Bitte denken Sie zu Ihrer Behandlung ein sauberes Handtuch mitzubringen, sonst wird eine Gebühr in Höhe von 2,-€ fällig.**

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden ( ) ja ( ) nein  
Bitte unterschreiben Sie hier, dass Sie mit der Behandlung einverstanden sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in/ 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.**