



# Patientenselbstauskunft, Aufklärung der Podologie Praxis Gillert

*Ihre Unterschrift auf der Rückseite zu dem Einverständnis nicht vergessen! Dieses Einverständnis muss jedes Jahr erneuert werden.*



*Sowie jeder Patient/in bitte eine eigene Erklärung ausfüllen. Danke*

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

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, lasen 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.

○ ja  
○ nein

Wünschen Sie eine Kopie

|                          |                                        |                                                            |                                                           |
|--------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <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"/> Mitglied      | <input type="checkbox"/> Angehöriger                       | <input type="checkbox"/> Rentner                          |
| <b>Zuzahlungen</b>       | <input type="checkbox"/> nicht befreit | <input type="checkbox"/> befreit (bitte Vorlegen in Kopie) |                                                           |

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>Terminerinnerung</b> | <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Email |

Mit der telefonischen, persönlichen oder elektronischen Terminvereinbarung sowie der Aufnahme in unser Terminverwaltungssystem wird ein verbindlicher Behandlungstermin reserviert. Die nachfolgenden Bedingungen gelten damit als vereinbart und anerkannt.  
Mir ist bekannt, dass Termine bis spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin kostenfrei abgesagt werden können.

Ich bin darüber informiert, dass kurzfristig abgesagte oder unentschuldigt nicht wahrgenommene Termine privat in Rechnung gestellt werden. Bis einschließlich 2026 beträgt die Ausfallgebühr 25,00 € pro Termin. Ab dem 01.01.2027 werden bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen 80 % der für den Termin vorgesehenen Therapie- bzw. Behandlungszeit berechnet.

Hiermit bitte ich Sie um Zustimmung zur Terminabsprache über WhatsApp:

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

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

**Achtung: mehrere Seiten**

Terminvereinbarung und Ausfallhonorar

Ich richte mich nach der in der Terminbestätigung bzw. SMS-Erinnerung angegebenen Uhrzeit. Sofern ein Termin für zwei Personen vereinbart wurde, erscheinen wir zu der früher angegebenen Uhrzeit. Diese Uhrzeit ist für beide Personen verbindlich.

Die SMS-Erinnerung stellt einen freiwilligen Service dar und dient ausschließlich der Terminerinnerung. Sie ersetzt weder die Terminvereinbarung noch die Pflicht zur rechtzeitigen Absage. Der vereinbarte Termin bleibt auch dann verbindlich, wenn aus technischen Gründen keine SMS-Erinnerung versendet oder zugestellt wird. Die Verantwortung für die Einhaltung des Termins sowie für eine fristgerechte Absage liegt bei mir.

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

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

Kompressionsstrümpfe

Die Podologie umfasst ausschließlich fußtherapeutische Leistungen. Das An- und Ausziehen medizinischer Kompressionsstrümpfe gehört nicht zum Tätigkeitsbereich einer Podologin.

Diese Tätigkeit darf nur von entsprechend befugtem Pflege- oder medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden. Ich wurde darüber informiert und habe den Hinweis verstanden.



über Heilmittelverordnung

**Eine korrekt ausgestellte Heilmittelverordnung (HVO) ist zum Termin mitzubringen.** Die Vorlage zur richtigen Ausstellung erhalten Sie in unserer Praxis.

Gesetzlich Versicherte leisten – sofern keine Befreiung vorliegt – die gesetzliche **Zuzahlung von 10 € Rezeptgebühr + 10 % des Behandlungspreises**. Die Zuzahlung wird nach Abschluss der Verordnung durch das Abrechnungszentrum eingefordert.

**Die Praxis ist verpflichtet, ausschließlich die ärztlich verordnete Leistung abzugeben.** Nicht verordnete Leistungen (z. B. Nagelschnitt, komplette Hornhautbehandlung, Zusatzleistungen) werden **privat berechnet**.

**Fehlerhafte Verordnungen müssen vom Patienten selbst beim Arzt korrigiert werden.** Bitte achten Sie auf: **Ausstellungsdatum, Diagnose, Hausbesuch (falls nötig), vollständige Heilmittelangaben.**

Für eine Vorabprüfung kann die Verordnung per **WhatsApp** übermittelt werden – bitte **persönliche Daten abdecken**.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich eine korrekt ausgestellte Heilmittelverordnung (HVO) zum Termin mitbringe, fehlerhafte Verordnungen selbst beim Arzt korrigieren lasse und die gesetzliche Zuzahlung (10 € Rezeptgebühr + 10 % des Behandlungspreises) eigenständig zu leisten habe.**

Wundversorgung

Das Arbeiten an Wunden, einschließlich Reinigung, Versorgung, Debridement sowie das An- und Ablegen von Verbänden, dürfen ausschließlich auf Grundlage eines ärztlichen Privatrezeptes durchgeführt werden; diese Leistungen müssen ausdrücklich auf dem Privatrezept vermerkt sein. Das Abtragen von Keratosen (Hornhaut, Clavi, Druckstellen) ist aufgrund meiner heilpraktischen Befugnis ohne ärztliche Verordnung möglich; Keratosen im unmittelbaren Wundrandbereich gehören jedoch zur Wundbehandlung und dürfen nur nach ärztlicher Anordnung bzw. auf Grundlage eines Privatrezeptes erfolgen.

Heilpraktiker

Nach der Anamnese erstelle ich aufgrund Ihrer Beschwerden und Symptome einen medizinisch begründeten Behandlungsplan. Auf dieser Grundlage erfolgt die therapeutische podologische Behandlung, wodurch die Leistung als medizinisch indiziert gilt und somit keine Mehrwertsteuer anfällt.

Verletzungsrisiko

**Die Behandlung wird mit größter Sorgfalt und Vorsicht durchgeführt.** Die möglichen Risiken sind erfahrungsgemäß sehr gering, müssen jedoch aus rechtlichen Gründen erwähnt werden. Es kann zu **Stich- und Schnittverletzungen, Schürfwunden oder leichten Verbrennungen** kommen.

Durch verwendete **Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte, Handschuhe** sowie weitere Materialien (z. B. Abdruckmaterialien, Pflaster, Verbände) können **allergische Reaktionen** auftreten. Bitte informieren Sie uns über bekannte **Medikamenten- oder Materialunverträglichkeiten**.

**Die Behandlung wird dokumentiert.** Zu Beginn, während und am Ende der Behandlung können **Lichtbilder** erstellt werden. Diese werden bis zum Abschluss der Behandlung in der **Patientenakte** gespeichert und anschließend gemäß den gesetzlichen Vorgaben archiviert.

**Wunden werden grundsätzlich fotografisch dokumentiert**, um den Behandlungsverlauf nachvollziehbar festzuhalten und die **rechtliche Absicherung** der Praxis zu gewährleisten.

**Über die genannten Punkte wurde ich aufgeklärt.**

**Unterschrift Patient/in:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

Dokumentation

**Die Behandlung wird fachgerecht dokumentiert.** Zu Dokumentationszwecken können **zu Beginn, während und am Ende** der Behandlung **Lichtbilder** erstellt werden. Diese werden bis zum Abschluss der Behandlung in der **Patientenakte** gespeichert und anschließend gemäß den gesetzlichen Vorgaben archiviert. Die Dokumentation erfolgt in **geeigneter digitaler Form**.

**Wunden werden grundsätzlich fotografisch festgehalten**, um den Behandlungsverlauf nachvollziehbar zu dokumentieren und die **rechtliche Absicherung** der Praxis zu gewährleisten.

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)

**Aufgrund meiner Kassenzulassung bin ich an die Preise der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gebunden.**

**Ich bin darüber informiert, dass die Preise jährlich an die gesetzliche Krankenkasse angepasst werden.**

Behandlungen **ohne medizinische Indikation** gelten als **präventive medizinische Fußpflege** und sind **umsatzsteuerpflichtig**. Die gesetzliche Mehrwertsteuer wird entsprechend erhoben.

Kostenvereinbarung

**Ab 2027 erfolgt eine Preisanpassung von 1 € pro Behandlung aufgrund der Nutzung des EC-Gerätes sowie der Portokosten. Bargeld wird nicht angenommen.**

**Derzeit gehen wir voraussichtlich von folgenden Behandlungskosten aus.**

Die Krankenkassen unterscheiden zwischen **kleiner Behandlung (unter 21 Min.)** und **großer Behandlung (über 21 Min.)**.

| Leistung:                               | alt     | mit Ust       | neu (2027) |
|-----------------------------------------|---------|---------------|------------|
| • podologische Komplexbehandlung groß:  | 56,00 € | 67,-€ mit Ust | 57,-€      |
| • podologische Komplexbehandlung klein: | 41,00 € | 49,-€ mit Ust | 42,-€      |

Die im Kalender eingetragene Terminzeit umfasst auch Vor- und Nachbereitungszeit und dient der organisatorischen Planung. Die Abrechnung erfolgt nach Art und Umfang der erbrachten podologischen Leistung, nicht nach der exakten Minutenanzahl. Bei deutlich geringerem therapeutischem Aufwand kann der Behandlungspreis nach fachlicher Einschätzung angepasst werden.



KATHARINA GLASER

**PODOLOGIE**  
Medizinische Fußbehandlung  
Heilpraktiker auf dem Gebiet Podologie

## Privatversicherte

# Nagellack

## einwachsender Nagel

## Nagelpilztest

# Einwilligung

Für den Nagelpilztest ist ein zusätzlicher Aufklärungsbogen auszufüllen. Die Kosten für die Probenentnahme sowie die anschließende Laboruntersuchung werden im Aufklärungsbogen vollständig erläutert und sind vom Patienten vor Durchführung des Tests zu bestätigen. Der Nagelpilztest ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und wird privat abgerechnet.

(Bitte jede Person einzeln unterschreiben!)

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

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

Was ist der Grund für Ihren Besuch? \_\_\_\_\_

(Was sind Ihre Beschwerden? (Hühneraugen, Warzen, Schmerzen)) Wichtig für den Heilpraktiker!

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, Sneakersocken? \_\_\_\_\_ ☐ 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. (Nagelbettveränderungen, Rollnägeln, einwachsen des Nagels)

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

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