

# Patientenselbstauskunft, Aufklärung der Podologie Praxis Gillert

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



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"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Angehöriger	<input type="checkbox"/> Rentner
<b>Zuzahlungen</b>	<input type="checkbox"/> nicht befreit		<input type="checkbox"/> befreit

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

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 10,-€ (Stand 2024) 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

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?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein

Trinken Sie Alkohol  ja  nein

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

Derzeit gehen wir voraussichtlich von folgenden Behandlungskosten aus:

**Preiserhöhung zum  
01.02.2024**

Leistung: podologische Komplexbehandlung groß ab	48,00 €	53,-€
podologische Komplexbehandlung auf Heilpraktikerverordnung (ich erstelle nach der Anamnese auf Grund Ihrer Beschwerden/ Symptome ein Rezept aus)	42,00 €	45,-€
podologische Komplexbehandlung auf blauem/ grünen Attest/ Rezept	40,00 €	43,-€

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden

ja  nein

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

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