

Datum	Behandlung	Preis	Datum	Behandlung	Preis
-------	------------	-------	-------	------------	-------

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S Sch St T U V W X Y Z

Name ..... Vorname ..... <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich Karten Nr. .... Straße ..... PLZ, Wohnort ..... Telefon ..... Mobil ..... E-Mail .....	Datum Ersttermin ..... Geburtsdatum ..... Beruf ..... Krankenkasse ..... Hausarzt ..... Telefon ..... Diagnose ..... Medikamente ..... Bemerkungen .....	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>links</td> <td>rechts</td> </tr> <tr> <td>Senkfuß</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Spreizfuß</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Knickfuß nach innen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Knickfuß nach außen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hohlfuß</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plattfuß</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		links	rechts	Senkfuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spreizfuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knickfuß nach innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knickfuß nach außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hohlfuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plattfuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Fußdeformitäten <input type="checkbox"/> links ..... <input type="checkbox"/> rechts ..... <table border="1"> <tr> <td></td> <td>links</td> <td>rechts</td> </tr> <tr> <td>Fußschwellungen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Einlagen <input type="checkbox"/> Konfektion ..... <input type="checkbox"/> Nach Maß ..... Krampfadern <table border="1"> <tr> <td></td> <td>links</td> <td>rechts</td> </tr> <tr> <td>Oberschenkel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Unterschenkel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		links	rechts	Fußschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		links	rechts	Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	links	rechts																																					
Senkfuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Spreizfuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Knickfuß nach innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Knickfuß nach außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Hohlfuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Plattfuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
	links	rechts																																					
Fußschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
	links	rechts																																					
Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Risiken <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten .....																																							

**Befund**

<input type="checkbox"/> Hornhaut <input type="checkbox"/> Hallux Valgus <input type="checkbox"/> Warzen <input type="checkbox"/> Hautpilz ..... .....	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hühneraugen auf Zehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hühneraugen zw. Zehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hammerzehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nagelpilz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eingewachsene Nägel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustand der Nägel</td> <td colspan="5">.....</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Hühneraugen auf Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hühneraugen zw. Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hammerzehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nagelpilz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Eingewachsene Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zustand der Nägel	.....					<p>dorsal</p>
	1	2	3	4	5																																							
<input type="checkbox"/> Hühneraugen auf Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/> Hühneraugen zw. Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/> Hammerzehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/> Nagelpilz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/> Eingewachsene Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/> Zustand der Nägel	.....																																											
<p>plantar</p>	<p>lateral</p>	<p>medial</p>																																										
<p>lateral</p>	<p>medial</p>	<p>dorsal</p>																																										

