

Fragebogen zur Erstbehandlung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die sorgfältige Behandlung Ihrer Füße hat bei uns höchste Priorität. Um Komplikationen auszuschließen und Risiken zu kennen, bitten wir Sie, alle Fragen korrekt zu beantworten. Bei Bedarf leisten wir gerne Hilfestellung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Telefon, Mobil

E-Mail

Beruf

Krankenkasse

Hausarzt

Sind Sie zum ersten Mal bei einer Fußpflege? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Leiden Sie an Infektionserkrankungen wie z. B. Hepatitis? ja nein

Sind Sie Rheumatiker? ja nein

Liegen Fußoperationen vor? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein? ja nein

Haben Sie Krampfadern? ja nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen? ja nein

Besteht bei Ihnen Thrombosegefahr? ja nein

Leiden Sie unter Bluthochdruck? ja nein

Laufen oder stehen Sie viel im Beruf oder privat? ja nein

Liegen Herzerkrankungen vor? ja nein

Sind Sie gegen Tetanus geimpft? ja nein

Bestehen Allergien? Wenn ja, auf welche Substanzen?

Die Risiken einer Behandlung sind erfahrungsgemäß gering. Trotzdem möchten wir darauf hinweisen, dass es zu Stich- oder Schnittverletzungen kommen kann, welche von uns sofort versorgt werden. Durch Desinfektionsmittel, Abdruckmaterial oder Pflegeprodukte können allergische Reaktionen auftreten, weshalb uns Ihre Hinweise auf eventuelle Unverträglichkeiten sehr wichtig sind.

Für unsere Dokumentation fertigen wir zu Behandlungsbeginn und während der Behandlung eventuell Bilder an, welche nur für den internen Gebrauch bestimmt sind.

Alle Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Mögliche Risiken sind mir bewusst. Der Behandlung stimme ich uneingeschränkt zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten: Vereinbarte Termine, welche nicht mindestens 24 Stunden vor der Behandlung abgesagt werden, müssen wir in Rechnung stellen.