

Fragebogen zur Erstbehandlung

Sehr geehrter Patient (m/w/d),

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.

BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

.....
Name

.....
Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon &/oder Mobil (Mobil bevorzugt)

.....
E-Mail

Sind Sie zum Ersten Mal bei einer Fußpflege? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein? ☐ ja ☐ nein

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

Liegen Fußoperationen vor? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie Diabetiker? ☐ ja ☐ nein

Laufen oder stehen Sie viel? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen ☐ 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. Des Weiteren sind bei bestimmten Behandlungen Fotodokumentation nötig (z.B. bei einer Nagelspangentherapie), daher bitten wir Sie uns eine Einwilligung zu erteilen, um den Behandlungserfolg auch ggfls. mit Ihrem Arzt (m/w/d) abzuklären.

-----> BITTE DIE RÜCKSEITE BEACHTEN <-----

BITTE UNBEDINGT DURCHLESEN

Hinweis Ausfallgebühren: Die Praxis für Podologie ist eine Bestellpraxis. Für den Patienten wird für den vereinbarten Zeitpunkt eine Fachkraft bereitgestellt. Nicht eingehaltene Termine können in der Regel nicht kurzfristig neu belegt werden. Deshalb beachten Sie bitte: Terminabsagen müssen

mindestens 24 Stunden vorher **telefonisch (oder per Anrufbeantworter)** erfolgen.

Sollte der Patient (m/w/d) nicht zu dem vereinbarten Termin erscheinen, ist eine Ausfallgebühr gemäß §615BGB in Höhe von **40,00 Euro** bei einer Komplettbehandlung und **30,00 Euro** bei einer Teilbehandlung zu zahlen.

Alle Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Der Hinweis mit den Ausfallgebühren ist mir bewusst. Mögliche Risiken sind mir ebenfalls bewusst. Der Behandlung und der Fotodokumentation (falls nötig) stimme ich uneingeschränkt zu.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift