

Fragebogen zur Erstbehandlung

Liebe Patientinnen und Patienten,

um Ihre podologische Behandlung sicher planen und Risiken erkennen zu können, bitten wir Sie, alle Fragen vollständig und nach bestem Wissen zu beantworten. Ihre Angaben – einschließlich der Gesundheitsdaten – werden als Teil Ihrer Patientenakte zur Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation der Behandlung verarbeitet, und zwar auf Grundlage des Behandlungsvertrags (§§ 630a ff. BGB) sowie von Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG. Ihre Rechte (insbesondere auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde) sowie alle weiteren Pflichtangaben (Verantwortliche, Zwecke, Rechtsgrundlagen, Speicherdauer, Empfänger) entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung, die Ihnen vorab ausgehändigt wird. Die Beantwortung der Gesundheitsfragen ist für eine sichere Behandlung erforderlich; unvollständige Angaben können die Behandlung einschränken oder eine Aufklärungsrunde vor Ort erforderlich machen.

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

Liegt eine Mono/Neuro/Polyneuropathie vor? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen ☐ ja ☐ nein

Liegt ein Querschnittssyndrom vor? ☐ ja ☐ nein

Laufen oder stehen Sie viel? ☐ ja ☐ nein

Bestehen Allergien? Wenn ja, auf welche Substanzen?.....

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

BITTE UNBEDINGT DURCHLESEN

Hinweise zu Behandlungsrisiken und Fotodokumentation

Die Risiken einer podologischen Behandlung sind erfahrungsgemäß gering. Dennoch möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es zu Stich- oder Schnittverletzungen kommen kann; diese werden von uns umgehend versorgt. Durch Desinfektionsmittel, Abdruckmaterial oder Pflegeprodukte können allergische Reaktionen auftreten, weshalb Ihre Hinweise auf Unverträglichkeiten für uns besonders wichtig sind.

Für bestimmte Behandlungen (z. B. Nagelspangentherapie) ist eine Fotodokumentation sinnvoll, um den Behandlungsverlauf zu dokumentieren und ggf. mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt abstimmen zu können. Ihre Entscheidung ist freiwillig; eine Ablehnung hat keine nachteiligen Folgen für Ihre Behandlung.

Termine und Ausfallentschädigung

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis: Der mit Ihnen vereinbarte Termin ist ein Exklusivtermin, der ausschließlich für Sie reserviert und mit Personal und Behandlungsplatz verbindlich geplant wird. Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, daher möglichst frühzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vor dem Termin, **telefonisch, per Anrufbeantworter oder persönlich** ab.

Erfolgt keine rechtzeitige Absage oder erscheinen Sie nicht zum vereinbarten Termin, schulden Sie eine Ausfallentschädigung nach § 615 BGB i. V. m. § 630b BGB in Höhe von **40,00 EUR** (Komplettbehandlung) bzw. **30,00 EUR** (Teilbehandlung). Die Entschädigung entfällt oder mindert sich, soweit wir den Termin anderweitig vergeben konnten oder Aufwendungen erspart wurden. Es bleibt Ihnen ausdrücklich vorbehalten nachzuweisen, dass ein Ausfall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe entstanden ist. Die Entschädigung entfällt ferner, wenn Sie den Terminausfall nicht zu vertreten haben (z. B. plötzliche Erkrankung mit Attest oder unvermeidbare Verhinderung). Die Ausfallentschädigung wird nicht von Krankenversicherungen übernommen und ist von Ihnen selbst zu tragen.

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 Patient/in