

Liebe Patienten, lieber Patient

sie vertrauen uns Ihre Füße an. Um bei Ihrer Fußbehandlung eventuelle Risiken auszuschließen, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weiter gegeben.

Name	Vorname
PLZ	Wohnort
Straße	Hausnummer
Geburtsdatum	E-Mail
Telefon privat	Telefon mobil
Krankenkasse	Behandelnder Arzt
Sind Sie zum 1. mal bei einer medizinischen Fußpflege	O ja O nein
Wurden Sie an den Füßen operiert ?	O ja O nein
wenn ja , wann und woran ? _____	
Sind Sie Diabetiker ?	O ja O nein
<u>letzter bekannter aktueller HbA1c Wert?</u> _____	
Sind Sie Bluter oder nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ?	O ja O nein
Welche Medikamente nehmen Sie ein ? _____	
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen ?	O ja O nein
Sind Sie herzkrank und/ oder tragen Sie einen Herzschrittmacher ?	O ja O nein
Haben Sie Krampfadern oder besteht Trombosegefahr ?	O ja O nein
Leiden Sie an Hepatitis oder einer anderen Infektionskrankheit ?	O ja O nein
Leiden Sie an Allergien ?	O ja O nein
wenn ja , welche ? _____	
Tragen Sie Schuheinlagen ?	O ja O nein
Besteht gegen Tetanus ausreichend Impfstoff ?	O ja O nein

bitte wenden

Die Behandlung wird mit äußerster Sorgfalt und Vorsicht durchgeführt. Die möglichen Risiken dieser Behandlung sind erfahrungsgemäß sehr gering, sollen aus rechtlichen Gründen jedoch Erwähnung finden. Neben Stich – und Schnittverletzungen kann es zu Schürfwunden und Verbrennungen kommen. Durch die verwendeten Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte und sonstigen Materialien (Pflaster , Verbände) sowie die Verabreichung von Pharmaka können allergische Reaktionen auftreten, weshalb Sie uns **Unverträglichkeiten** bitte unbedingt mitteilen.

Mir ist bekannt, dass ich sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss. Außerdem bin ich darüber informiert, das unentschuldigte nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe von 35,00 € in Rechnung gestellt werden.

Die Vergütungsregelung der podologischen Behandlung beträgt 55,85 € ohne Rezept. Mit Rezept ohne DF/NF/QF 46,93 €. Mit Rezept bei DF/NF/QF 50,14 €.

**Teilbehandlungen (Nagelbearbeitung oder Hornhautabtragung) bei 38,91 € ohne Rezept und 32,70 € mit Rezept. Bei DF/NF/QF mit Rezept 35,91 €.
(Aktuelle Vergütung ab dem 01.07.2023 der GKV).**

Teilbehandlungen

- Beratung, Therapievorschlag
- Kontrollen
- Entfernen eines Hühnerauges
- Behandlung einer Warze (Abtragen)
- Behandlung eines mykotischen Nagels, eingewachsenen Nagels
- Tamponieren eines Nagels

ab 32,00 €

**DF = mit Neuropathie und/oder Angiopathie
NF = sensible/sensomotorische Polyneuropathie
QF = Querschnittsyndrom/-lähmung**

Ich bin mit der Behandlung einverstanden.

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Ich möchte 24 Stunden vor dem Termin erinnert werden. (Bitte kreuzen Sie an)

Ja

Nein

SMS

E-Mail

Festnetzanruf

Sonstiges / Medikamente / Operationen