

## 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

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

Sind Sie zum ersten Mal bei einer Fußpflege?  ja  nein

Tragen Sie einen Herzschritt-  
macher?  ja  nein

Sind Sie Diabetiker?  ja  nein

Leiden Sie an Infektions-  
erkrankungen 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 Durchblutungs-  
störungen?  ja  nein

Besteht bei Ihnen Thrombose-  
gefahr?  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.