

Selbstauskunftsbogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

herzlich Willkommen in der Praxis für Podologie am Rathausplatz in Ditzingen-Hirschlanden!

Es freut uns, dass Sie sich für die podologische Behandlung in unserer Praxis entschieden haben.

Um Ihnen eine individuelle Versorgung zu ermöglichen und um bei der medizinischen Fußpflege eventuelle Risiken auszuschließen, benötigen wir vor der Erstbehandlung einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Bitte füllen Sie diesen Selbstauskunftsbogen aus und geben ihn vor Ihrer ersten Behandlung bei uns ab.

Vielen Dank

Robinson Ehlerding

Name, Vorname:

Straße und Hausnummer:

Telefonnummer:

Hausarzt/Behandelnder Arzt:

Ansprechpartner:

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Freunde/Bekannte

Internet

Telefonbuch

Arzt Krankenkasse

Sonstige: _____

Sonstige Mitteilung:

Datum: ____ . ____ . ____

Unterschrift: _____

Bitte wenden!

Fußmedizinische Selbstauskunft

Haben Sie **Fußbeschwerden**?

Nein Ja, welche: _____

Haben Sie **sonstige Beschwerden** (Herz- o. Kreislaufbeschwerden, Schlafstörungen, Asthma, Epilepsie,...)?

Nein Ja, welche: _____

Sind Sie **Diabetiker**?

Nein Ja Typ I Typ II

seit: _____ . _____ . _____ Hba1c: _____

Sind **Allergien** bekannt (z. B.: Badezusätze, Bienenprodukte, Pflaster, Latex, Medikamente,...)?

Nein Ja, welche: _____

Haben Sie **Durchblutungsstörungen**?

Nein Ja, wo: _____

Leiden Sie an Erkrankungen der **Knochen** oder **Gelenke**? Sind Sie **Reumatiker**?

Nein Ja, welche: _____

Wurden an Ihren Füßen oder Beinen **Operationen** durchgeführt?

Nein Ja, welche: _____

Haben Sie unterschiedliche **Empfindungen** an Beinen, Füßen oder Zehen?

Nein Ja, welche: _____

Tragen Sie orthopädische **Einlagen** oder **Schuhe**?

Nein Ja, welche: _____

Haben Sie **Fußprothesen**?

Nein Ja, welche/wo: _____

Verwenden Sie **Gehhilfen**?

Nein Ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein (z. B. Aspirin, Kortison, Marcumar,...)?

Nein Ja, welche: _____

Wurden bei Ihnen **ansteckende Krankheiten** festgestellt (z. B. Hepatitis, AIDS, MRSA,...)?

Nein Ja, welche: _____

Haben Sie vollständigen **Tetanusimpfschutz**?

Nein Ja, letzte Impfung am: _____ . _____ . _____

Betreiben Sie **Sport**? Sind Sie viel auf den Beinen?

Nein Ja, welchen/warum: _____

Vielen Dank!