

# Fragebogen zur Erstbehandlung



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die sorgfältige Behandlung Ihrer Füße hat für 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

.....  
Beruf

.....  
Krankenkasse

.....  
Hausarzt

Sind Sie zum ersten Mal bei einer Fußpflege? Ja  Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein

Sind Sie Diabetiker? Ja  Nein

Leiden Sie an Infektionserkrankungen, wie z.B. HIV, Hepatitis, etc.? Ja  Nein

Sind Sie Rheumatiker? Ja  Nein

Liegen Fußoperationen vor? Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein? Ja  Nein

Haben Sie Krampfadern? Ja  Nein

Sind Sie Bluter? Ja  Nein

Leiden Sie unter Gerinnungsstörung? Ja  Nein

Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen? Ja  Nein

Besteht bei Ihnen Thrombosegefahr? 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- und 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.

**Bitte beachten Sie, dass vereinbarte Termine, welche nicht mindestens 24 Stunden vor der Behandlung abgesagt werden, müssen wir in Rechnung stellen.**  akzeptiere  akzeptiere nicht (keine Behandlung möglich!)

Alle Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Mögliche Risiken sind mir bewusst. Der Behandlung stimme ich uneingeschränkt zu. Allgemeine Geschäftsbedingungen finden Sie unter <https://www.nailpoint-rust.de/agbs/> und werden mit Unterschrift akzeptiert.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift