

Patientenaufnahme + Behandlungsvereinbarung (Podologie)

1) Patientendaten

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Behandler/Arzt (falls bekannt): _____

Minderjährig? Ja Nein gesetzl. Vertreter (Name): _____

2) Versicherungs-/Abrechnungsart

Gesetzlich (GKV)	Krankenkasse:	Zuzahlung:	befreit
			befreit bis:
			nicht befreit

Privat (PKV) / Selbstzahler	Beihilfe	keine Beihilfe
-----------------------------	----------	----------------

3) Behandlungsvereinbarung

Ich beauftrage Fußmeile Podologie mit der Erbringung podologischer Leistungen gemäß ärztlicher Verordnung bzw. Empfehlung und/oder individuellem Behandlungsplan. Mir ist bekannt, dass der Behandlungserfolg u. a. von meiner Mitarbeit (z. B. Hygiene, Druckentlastung, geeignetes Schuhwerk, Terminwahrnehmung) abhängt.

4) Terminpraxis & Ausfallhonorar

Diese Praxis arbeitet als Bestell-/Terminpraxis. Termine werden verbindlich reserviert. Absagefrist: mindestens 24 Stunden vorher. Nichtabsage / Nichterscheinen: Wenn ich nicht rechtzeitig absage oder nicht erscheine, wird ein Ausfallhonorar von 40,00 € berechnet.

5) Terminerinnerung per E-Mail (Einwilligung)

Ich willige ein, dass mich die Praxis zur Terminerinnerung per E-Mail kontaktiert.

Ja Nein

Hinweis: freiwillig, jederzeit für die Zukunft widerrufbar.

Ort/Datum: _____

Unterschrift Patient/Vertreter: _____

Kurzanamnese (Teil A) – bitte ausfüllen

Diabetes mellitus:					Ja	Nein
	Wenn ja:	Typ 1	Typ 2	Insulin	Tabletten	

Neuropathie/Polyneuropathie (Taubheit/Kribbeln):	Ja	Nein
--	----	------

Durchblutungsstörung (pAVK/„Schaufensterkrankheit“):	Ja	Nein
--	----	------

Wundheilungsstörung / offene Stellen:	Ja	Nein
---------------------------------------	----	------

Gerinnungshemmer/„Blutverdünner“:	Ja	Nein
-----------------------------------	----	------

Wenn ja, welcher?

Allergien/Unverträglichkeiten (z. B. Pflaster, Desinfektion, Latex):	Ja	Nein
--	----	------

Wenn ja, welche?

Hinweis:

Bitte Seite 2 (Teil B + Datenschutz) ebenfalls vollständig ausfüllen.

Bitte mitbringen (wenn vorhanden): Verordnung/Rezept, Zuzahlungsbefreiungsausweis, Handtuch, Einlagen/Orthesen/geeignetes Schuhwerk.

Anamnese (Teil B) – bitte ergänzen

Herz-Kreislauf-Erkrankung:	Ja	Nein
Herzinfarkt (jemals):	Ja	Nein
Schlaganfall (jemals):	Ja	Nein
Bluthochdruck:	Ja	Nein
Nierenerkrankung:	Ja	Nein
Rheuma/Gicht:	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung:	Ja	Nein
Immunsuppression/Cortison/Chemo:	Ja	Nein
Tumorerkrankung (auch früher):	Ja	Nein
Infektionen (z. B. Hepatitis):	Ja	Nein
Pilz (Nagel-/Hautmykose) bekannt:	Ja	Nein
Warzen:	Ja	Nein
Starke Ödeme/Varizen:	Ja	Nein
Rauchen:	Ja	Nein
Schwangerschaft (falls zutreffend):	Ja	Nein

Weitere Diagnosen / wichtige Erkrankungen:

Fußbezogene Angaben

Schmerzen am Fuß:	Ja	Nein
Druckstellen/Hühneraugen:	Ja	Nein
Eingewachsene Nägel:	Ja	Nein
Sensibilitätsstörung:	Ja	Nein

Hilfsmittel (bitte ankreuzen):

- Orthopädische Einlagen
- Fußorthesen/Schienen (z. B. Zehenkorrektur/Schutzorthesen)
- Kompressionsstrümpfe
- Diabetiker-Schutzschuhe / orthopädische Maßschuhe (bei Diabetes)

Datenschutz – Kurzinformatio (DSGVO)

Verantwortlicher: Fußmeile Podologie, Bischofswerdaer Str. 7, 01900 Großröhrsdorf OT Bretnig, podologie@fussmeile.de

Zwecke: Behandlung, Dokumentation, Terminorganisation, Abrechnung/Verwaltung.

Daten: Stammdaten/Kontakt, Versicherungsdaten, Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Behandlungsverlauf).

Rechtsgrundlagen: Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO; Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Speicherdauer: i. d. R. mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung.

Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung (soweit zulässig), Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerspruch; Beschwerde bei Aufsichtsbehörde.

Ich bestätige, dass ich die Datenschutz-Kurzinformatio zur Kenntnis genommen habe.

Ort/Datum:

Unterschrift Patient/Vertreter: