

Gesundheitsfragebogen

Liebe Patienten/Patientinnen

Die sorgfältige und individuelle Behandlung Ihrer Füße hat bei uns höchste Priorität. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Füße haben. Um Komplikationen oder Risiken auszuschliessen, bitten wir Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit den Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. P.: _____ Tel. G.: _____

Tel. M.: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Name/Ort Hausarzt: _____ Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen wie:

Medikamente: Nehmen Sie...:

Diabetes mellitus	JA		NEIN		Medikamente bezüglich Diabetes m.	JA		NEIN	
Wenn ja, welcher Typ und seit wann?					Wenn ja, welche?				
Rheumatische Erkrankungen	JA		NEIN		Cortison	JA		NEIN	
Wenn ja, welche?					Wenn ja, welche?				
Arthrose	JA		NEIN		Schmerzmedikamente	JA		NEIN	
Wenn ja, wo?					Wenn ja, welche?				
Herzkrankungen	JA		NEIN		Herzmedikamente	JA		NEIN	
Wenn ja, welche?					Wenn ja, welche?				
Durchblutungsstörungen	JA		NEIN		Blutverdünnende Medikamente	JA		NEIN	
Wenn ja, welcher Art?					Wenn ja, welche?				
Bluthochdruck	JA		NEIN		Immunsupprimierende Medikamente	JA		NEIN	
Viruserkrankungen (HIV, Hepatitis)	JA		NEIN		Wenn ja, welche?				
Wenn ja, welche?					Antidepressiva	JA		NEIN	
Polyneuropathie (Sensibilitätsstörung)	JA		NEIN		Andere Medikamente	JA		NEIN	
Krebs	JA		NEIN		Wenn ja, welche?				
Schilddrüsenerkrankungen	JA		NEIN		Anderes:				
Augenerkrankungen	JA		NEIN						
Osteoporose	JA		NEIN						
Psoriasis (Schuppenflechte)	JA		NEIN		Wenn ja, von wem?				
Allergien	JA		Nein		Sind Sie geimpft gegen Tetanus?	JA		NEIN	
Wenn ja, welche?					Hatten Sie schon Operationen?	JA		NEIN	
Haben Sie andere Erkrankungen?	JA		NEIN		Wenn ja, welche?				

Mögliche Risiken während der Behandlung sind erfahrungsgemäss sehr gering. Trotzdem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es zu Schnitt oder Stichverletzungen kommen kann. Auch können durch Desinfektionsmittel, Verbandsmaterial oder Pflegemittel allergische Reaktionen auftreten, weshalb uns Ihre Hinweise auf Unverträglichkeiten sehr wichtig sind. Für unsere Dokumentation nehmen wir evtl. Fotos auf. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen mit einer unter ärztlicher Schweigepflicht stehenden Person ausgetauscht werden dürfen (z.B. Inkasso).

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher. Sie ersparen sich damit dessen Berechnung. Vielen Dank!