******

***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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***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?*  *HbA1c-Wert:* |  |  |  |  | *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?* |  |  |  |  |
| *Herzerkrankungen* | *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* |  |  |  |  |  |  |
| *Augenerkrankungen* | *JA* |  | *NEIN* |  | ***Anderes:*** |  |  |  |  |
| *Osteoporose* | *JA* |  | *NEIN* |  | *Tragen Sie Masseinlagen?* | *JA* |  | *NEIN* |  |
| *Psoriasis (Schuppenflechte)* | *JA* |  | *NEIN* |  | *Wenn ja, von wem?* |  |  |  |  |
| *Allergien* | *JA* |  | *Nein* |  | *Hatten Sie schon Operationen?* | *JA* |  | *NEIN* |  |
| *Wenn ja, welche?* |  |  |  |  | *Wenn ja, welche?* |  |  |  |  |
| *Haben Sie andere Erkrankungen?* | *JA* |  | *NEIN* |  |  |  |  |  |  |

*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 ärztlichen Schweigepflicht stehenden Person ausgetauscht werden dürfen (z.B.Inkasso)*. *Podologinnen/Podologen HF/SPV können seit 1. Januar 2022 die medizinische Fusspflege bei Personen mit Diabetes, bei denen ein Risikofaktor für ein diabetisches Fuss-Syndrom vorliegt, über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen. Voraussetzung dafür ist eine gültige ärztliche Verordnung. Wenn die Behandlung nicht via OKP bezahlt wird, ist die Patientin/der Patient für die Bezahlung selber verantwortlich (falls die Zusatzversicherung die Kosten nicht übernimmt). Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vom Inhalt des Formulars Kenntnis genommen und es wahrheitsgetreu ausgefüllt habe. Zudem erkläre ich mich mit der Durchführung podologischer Behandlungen einverstanden.*

*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!*