



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir heissen Sie herzlich Willkommen in unserer Praxis und es freut uns, dass Sie uns gefunden haben. Es liegt uns am Herzen ihre Füsse gut versorgen zu können und allfälligen Komplikationen vorzubeugen. Wir bitten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand sorgfältig durchzulesen, vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Angaben zu Ihrer Person:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefon:
Strasse / Nr.:	Handy:
PLZ / Wohnort:	E-Mail:
Krankenkasse:	Name Hausarzt:
Karten-Nr.:	Tel. Hausarzt:
AHV Nr.:	Ort Hausarzt:

ja nein Sie sind einverstanden, dass für die Dauer des Behandlungsverhältnisses bei der med. Fachpraxis Podologie Bühler jegliche Ärzte ihrer Schweigepflicht entbunden sind und umgekehrt.

ja nein Sind Sie zum ersten Mal in podologischer Behandlung?

Angaben zu Ihrer Gesundheit:

ja nein Wurden Sie an den unteren Extremitäten operiert?
Wenn ja, was und wann?

ja nein Tragen Sie Einlagen oder orthopädische Schuhe?

ja nein Sind ihre Füsse im Alltag extremen Situationen oder Belastungen ausgesetzt? (z.B. langes stehen, Fussball)

ja nein Sind Sie Diabetiker?
Wenn ja seit wann? Typ 1 Typ 2

ja nein Nehmen Sie Insulin bzw. andere Medikamente gegen erhöhten Blutzucker?

ja nein Leiden Sie an arteriellen Durchblutungsstörungen (pAVK)?

ja nein Leiden Sie an venösen Rückflussstörungen (CVI)?

ja nein Leiden Sie an Krampfadern (Varizen)?

ja nein Leiden Sie an Gicht, Rheuma, Osteoporose oder, Gelenkerkrankungen?

ja nein Wurden bei Ihnen ansteckende Erkrankungen diagnostiziert wie AIDS, Hepatitis, Tuberkulose, MRSA oder ESBL?

ja nein Leiden Sie an einer Hauterkrankung wie Neurodermitis, Ekzeme oder Psoriasis?



- ja nein Sind Sie ein Bluter?
- ja nein Leiden Sie an Sensibilitätsstörungen (Neuropathie)?
- ja nein Leiden Sie an einer Unverträglichkeit auf Pflaster, Latex,
Jodpräparate, Pflegepräparate oder Wollwachs?
- ja nein Leiden Sie unter Allergien?
Wenn ja, welche?
- ja nein Nehmen sie Blutverdünnende Medikamente?
Wenn ja, welche?
- ja nein Nehmen Sie regelmässige Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Herz-/Kreislaufkrankungen?

- ja nein Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
- ja nein Herzrhythmusstörungen
- ja nein Angina Pectoris
- ja nein Herzinfarkt, wenn ja wann?
- ja nein Herzschrittmacher
- ja nein erhöhter Blutdruck (Hypertonie)
- ja nein niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- ja nein Shunt/Stent
-
- ja nein Leiden Sie an weiteren Erkrankungen?

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet Prospekt Zeitung Werbeschild Empfehlung

Beim Schleifen, Fräsen und Feilen sowie beim Abtrag von Hornhaut kann es zu Hautverletzungen kommen, welche zu Entzündungen führen können. Sie sind sich den Risiken einer Behandlung bewusst.

Sie erklären sich einverstanden mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung Ihrer Daten. Bei einer Änderung Ihres Gesundheitszustands oder Ihrer Personalien sind Sie verpflichtet dies während des Behandlungsverhältnis bei der med. Fachpraxis Podologie Bühler mitzuteilen.

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Termine welche Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 h vorher abgesagt werden müssen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.

Ort:

Datum:

Unterschrift: