



Patienten-Selbstauskunft zur podologischen Erstbehandlung

| (the nacinoigendern Angaben sind this die benandlung wichtig und unterliegen dem Datenschutz) | |
|---|----------------------------------|
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | PLZ, Wohnort: |
| Telefon mit Vorwahl (tagsüber): | Krankenkasse: |
| Geburtsdatum: | Ausgeübte berufliche Tätigkeit: |
| | |
| Name des Hausarztes: | Sitz (Wohnort) des Hausarztes: |
| Haben Sie Fußbeschwerden? | |
| nein ja, welche? | |
| Sind Sie Diabetiker ? Wenn ja, wann war die letzte Blutzuckeruntersuchung durch den Arzt? Ergebnis Blutzuckergedächtnis (HbA1c)? | |
| | |
| Sind Allergien bekannt? Welche? Reagieren Sie auf Pflaster, Latex, Medikamente, Jodpräparate oder Badezusätze allergisch? | |
| □ nein □ ja | |
| Wie ist Ihr Allgemeinbefinden ? Haben Sie Herz- oder Kreislaufbeschwerden? | |
| gut schlecht, warum? | |
| Sind bei Ihnen arterielle Durchblutungsstörungen oder venöse Rückflussstörungen oder Krampfadern festgestellt worden? | |
| □ nein □ ja | |
| Leiden Sie an Erkrankungen der Knochen und Gelenke ? Sind Sie Rheumatiker? | |
| □ nein □ ja | |
| Wurden an Ihren Füßen Operationen durchgeführt (Endoprothesen, Arthrodesen, Hallux valgus-Operationen usw.)? | |
| □ nein □ ja | |
| Haben Sie unterschiedliche (rechte und linke Seite) und eingeschränkte Empfindungen an den Beinen, Füßen oder Zehen? | |
| nein ja | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. blutgerinnungshemmende Mittel, Marcumar, Aspirin, Kortison, andere)? | |
| ☐ nein ☐ ja | |
| Wurden bei Ihnen vom Arzt ansteckende Krankheiten festgestellt (z.B. Hepatitis = Leberentzündung, AIDS usw.)? | |
| □ nein □ ja | |
| Haben Sie vollständigen Tetanus -Impfschutz? Wann war die letzte Tetanusimpfung? | |
| nein ja | |
| Sonstige Mitteilungen: | |
| | |
| | |
| | |
| Datum: Unter | schrift des Patienten: |
| production of the state of the | opples - Accept (1492.25 1993.2) |
| | |