

KUNDENSTAMMDATEN

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Bitte beantworten Sie die folgenden Punkte wahrheitsgemäß und informieren mich selbständig ggf. über Änderungen

| | |
|--------------------------|------------------|
| Datum Ersttermin: | |
| Name, Vorname: | Anschrift: |
| e-mail: | Festnetz/ Mobil: |

| vom Behandler auszufüllen: | | ja | nein |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Rhagaden Grad: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nagelbesonderheiten: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Fuß-/Zehenfehlstellung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mögliche Risiken während der Behandlung sind erfahrungsgemäß sehr gering. Trotzdem möchte ich darauf hinweisen, dass es zu Stich- oder Schnittverletzungen kommen kann, welche von mir sofort versorgt werden. Durch Desinfektionsmittel oder Pflegeprodukte können allergische Reaktionen auftreten, weshalb uns Ihre Hinweise auf eventuelle Medikamenten-Unverträglichkeiten sehr wichtig sind.

Für unsere Dokumentation fertigen wir zu Behandlungsbeginn und während der Behandlung evtl. Bilder an, welche für den internen Gebrauch und mit Ihrer Zustimmung für Werbezwecke bestimmt sind. Hiermit erteile ich die Zustimmung zur Veröffentlichung von Bildern, ohne meine Identität dabei preiszugeben: _____ (hier bitte unterschreiben)

Alle Fragen beantworte ich nach bestem Wissen. Mögliche Risiken sind mir bewusst. Der Behandlung stimme ich uneingeschränkt zu.

| N° | | ja | nein |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Leiden Sie an einer Virusinfektion? Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Wurde bei Ihnen eine akute Pilzinfektion im Fussbereich diagnostiziert? Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.1 | Seit wann sind Sie dafür in medizinischer Behandlung und in welcher Form? _____ | | |
| 3 | Nehmen oder nahmen Sie blutverdünnende Mittel oder leiden Sie an Hämophilie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Leiden Sie an Diabetes bzw. an schlechter Wundheilung mit Neigung zu Infektionen/ Entzündungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Leiden Sie an Allergien (z. B. Desinfektionsmittel)? Wenn ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Liegt bei Ihnen eine erhöhte Thromboseneigung vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Leiden Sie an Osteoporose oder Knochenschwund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Leiden Sie an Rheuma oder Arthritis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Liegen Ihnen ein medizinischer Befund vor, der für die weitere Behandlung hier von Bedeutung ist und zu berücksichtigen ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

Ort, Datum

Unterschrift fussfit-wellcare

Es gelten die gültigen AGBs und die Datenschutzvereinbarung.