

Sehr geehrter Patient/in,  
Ihr Podologie- und Fußpflege-Team von Sporthopädie Rosenbach bedankt sich bei Ihnen für Ihr Vertrauen. Um bei Ihrer Fußbehandlung evtl. Risiken auszuschließen, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Name\*:

Vorname\*:

Straße/Nr.\*:

PLZ/Wohnort\*:

Geburtsdatum\*:

E-Mail:

Telefon tagsüber:

Handy:

Arbeitgeber:

Beruf:

Krankenkasse:

Behandelnder Arzt / Hausarzt:

Sind Sie zum ersten Mal bei einer Fußpflege/ podologischen Behandlung? ja  nein

Sind Sie Diabetiker? \* Wenn ja, Typ: \_\_\_\_\_ ja  nein

Wurden Sie an den Füßen operiert? Welche OP: \_\_\_\_\_ ja  nein

Sind Sie Bluter oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel?  
(z.B. Aspirin)? \* ja  nein

Leiden Sie an Kreislauferkrankungen? \*  
(z.B. zu hoher/niedriger Blutdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Ohnmachtsanfälle) ja  nein

Haben/ hatten Sie Herz-Probleme? \* ja  nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen? Wenn ja, welche: \* \_\_\_\_\_ ja  nein

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche: \* \_\_\_\_\_ ja  nein

Leiden Sie an Hepatitis oder einer anderen Infektionskrankheit  
(z.B.  Aids/HIV,  MRSA,  Hepatitis  Sonstige \_\_\_\_\_)? \* ja  nein

Erkrankung des Nervensystems (z.B. epileptische Anfälle, Krämpfe) \*  
Wenn ja, welche: \* \_\_\_\_\_ ja  nein

sonstige Erkrankungen? \* ja  nein

Sind Sie durch eine Empfehlung auf uns aufmerksam geworden?

Wenn ja, von wem: \_\_\_\_\_ ja  nein

**Bei Veränderung Ihres Krankheitsbildes, bitten wir Sie, diese Information an uns weiterzugeben.**

- ▶ Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die Firma Sporthopädie Rosenbach berechtigt ist, die von mir angegebenen Daten und meine Fotos digital zu speichern, intern an die jeweiligen Bearbeiter weiterzuleiten und ggf. an meine Krankenkasse, medizinischer Dienst o.ä. weiterzuleiten.
- ▶ Außerdem erkläre ich mich einverstanden, Werbung von der Fa. Sporthopädie Rosenbach GmbH zu empfangen: ja  (per Post , E-Mail ) nein

Wenn die Kosten für Ihre Behandlung von der Krankenkasse mit der vorliegenden Heilmittelverordnung nicht übernommen werden kann, müssen diese von Ihnen Privat beglichen werden.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie 2 Tage vorher abzusagen, sonst müssen wir Ihnen die Ausfallkosten berechnen. Bitte beachten Sie, dass Sie diese Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenkasse zurückerstattet bekommen.

**\* Pflichtfelder**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_