

Patientenanmeldung und Anamnese

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Strasse, Stadt: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_ Tel.:gesch.: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Notfallkontakt \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_  
Sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Fußbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Für Ihre Unterlagen erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und ihrer Adresse mit!

Allgemeine Anamnese: Zutreffendes bitte ankreuzen

Hatten / Haben Sie eine der folgenden Krankheiten

Diabetes mellitus (Zucker)  ja  nein

Wissen Sie Ihren Hba1C-Wert? \_\_\_\_\_

Allergische Reaktionen  ja  nein

Wenn Ja, welche \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Blutverdünner?  ja  nein

Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte \_\_\_\_\_Medikament ja nein

Herzinfarkt  Schlaganfall  Lähmungen

Gelbsucht  Leberkrankheit  HIV-Inf.

Rheuma  Gicht  Arthrose  chronisch. Schmerzen

Rauchen Sie?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente  ja  nein

ggf. welche \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass Fotos, die für Dokumentationszwecke angefertigt werden, für Vorträge, Schulungen, Veröffentlichungen u.Ä. unter Berücksichtigung des Persönlichkeitsrechtes genutzt werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.  
Ich erkenne die zum Zeitpunkt der Behandlung gültigen AGB und Preisliste an.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter )