

Anamnesebogen

Podologische Praxis
Steffi Masuch
Kesselsdorfer Str. 81
01159 Dresden

Tel.: 0351 21718791

info@podologie-masuch-dresden.de

Name, Vorname: _____

Geb.: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Für die Dauer der Behandlung entbinde ich diese Ärzte gegenüber der Podologie-Praxis von ihrer Schweigepflicht und umgekehrt. Ja, stimme zu ☐ Nein, stimme nicht zu ☐			
Notfallkontakt (Name und Telefonnummer):			
Hausarzt (Name, Adresse und Telefonnummer):			
		JA	NEIN
Ausgeübte Tätigkeit:	Rentner:	☐	☐
Sind Sie zum 1.Mal in einer Podologischen Praxis?		☐	☐
Wurden Sie schon mal an den Füßen operiert?		☐	☐
Wenn ja, warum / wann?			
Haben Sie Prothesen (Hüfte, Knie...)		☐	☐
Wenn ja, welche und wo?			
Laufen oder Stehen Sie sehr viel?		☐	☐
Sind Sie Diabetiker? Wenn ja, seit wann: ☐ Typ 1 ☐ Typ 2		☐	☐
Nehmen Sie Medikamente: Insulin Ja ☐ Nein ☐ Tabletten, welche:			
- Neuropathie Symptome:		☐	☐
Sind bei Ihnen arterielle Durchblutungsstörungen oder venöse Rückflusstörungen oder Krampfadern bekannt? *		☐	☐
Haben Sie Ödeme (Wassereinlagerungen)?		☐	☐
Tragen sie Kompressionsstrümpfe?		☐	☐
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche:		☐	☐
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?		☐	☐
Haben oder hatten Sie Herz-/Kreislauferkrankungen? *		☐	☐
- Herzschwäche / Herzinsuffizienz		☐	☐
- Herzrhythmusstörungen		☐	☐
- Angina Pectoris (Brustenge / Herzschmerz)		☐	☐
- Zustand nach Herzinfarkt? Wenn ja, wann:		☐	☐
- Herzschrittmacher/ Defibrillator *		☐	☐
- Bluthochdruck		☐	☐
- Schlaganfall (Apoplex)		☐	☐
Nehmen Sie blutdrucksenkende Medikamente? Wenn ja, welche:		☐	☐
- Immunschwäche durch Chemotherapie		☐	☐
- Verzögerte Wundheilung		☐	☐

Rauchen Sie?	☐	☐
Gibt es andere ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche:	☐	☐
Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung? * (Hepatitis, HIV, AIDS od. MRSA-Infektion, resistente Bakterien oder Viren u.a.)	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?	☐	☐
Vertragen Sie Pflaster, Latex, Medikamente, Jodpräparate? *	☐	☐
Leiden Sie an Rheuma / Osteoporose / Gicht / Gelenkerkrankung? *	☐	☐
Tragen Sie vom Arzt verordnete, maßgefertigte Einlagen und / oder Schuhe? *	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Wenn ja, welche und wie viel?		
Schmerzmittel	☐	☐
Aspirin	☐	☐
Cholesterinsenker	☐	☐
Psychopharmaka	☐	☐
Hypnotika (Schlafmittel)	☐	☐
Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten ?	☐	☐
Parkinson	☐	☐
Multiple Sklerose	☐	☐
Epilepsie	☐	☐
Demenz	☐	☐
Asthma	☐	☐
Arthritis/ Arthrose *	☐	☐
Osteoporose	☐	☐
Schilddrüsenunter/ -überfunktion *	☐	☐
Psoriasis (Schuppenflechte)	☐	☐
Neurodermitis	☐	☐
Hyperhidrose (übermäßiges Schwitzen)	☐	☐
*Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen		
Welche Fußbeschwerden führen Sie zu uns?		
Sonstige Mitteilungen:		
Podologische Behandlungen erfolgen ausschließlich nach vorheriger Terminabsprache, so dass für die vereinbarte Zeit für den jeweiligen Behandler kein anderer Patient einbestellt ist. Sollten Sie dennoch einmal verhindert sein, bitten wir Sie, Termine mindestens 24h vorher abzusagen. Termine, die nicht mindestens 24h vorher abgesagt werden, müssen wir Ihnen mit 70% der geplanten Leistung in Rechnung stellen. Das gilt nicht, wenn der Ausfall nachweislich auf nicht von Ihnen zu vertretenden Umständen (höhere Gewalt) beruht.		

Ort, Datum

Unterschrift