

Anmeldeformular

Podologiepraxis am Pulverturm Inh. Corinna Bräunig Yorckstr. 60, 15749 Mittenwalde

Herr/ Frau/ Divers

Anschrift

Telefon

Mobilnr.

Email

Geb. Datum:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Ja / Nein

- Sind sie zum ersten mal bei der Fußpflege / Podologie ?
- Tragen sie orthopädische Einlagen / Schuhe ?
- Hatten Sie bereits eine oder mehrere Fußoperationen/
Amputationen? Wenn ja, wann waren die
- Sind Sie Raucher ?
- Leiden Sie an Allergien ? Wenn ja, an welchen ?
- Haben Sie Diabetes ? Wenn ja, Typ 1 / Typ 2 ?
- Seit wann haben Sie den Diabetes?
- Wenn Sie Diabetes haben, wird dieser mit Tabletten oder
Insulin behandelt ?
- Nehmen Sie Gerinnungshemmer (z.B. Marcumar, ASS, Heparin) ?
Wenn ja, welche ?
- Nehmen Sie Blutdruckmedikamente ?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher ?
- Haben Sie einen Pflegegrad ? Wenn ja, welchen ?
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit ? (HIV, Hepatitis)

Datum:

Unterschrift Patient/ in :